Die epistemische Krise der Autismus-Diagnostik:

Falsch-negative Autismus-Diagnostik, epistemische Ungerechtigkeit und der Fall der Humboldt-Ambulanz in Berlin

Independent Research Report
Critical Institutional Case Study in Adult Autism Assessment

First published online in 2026
Independently published, not peer-reviewed

Author: Timothy Speed
Affiliation: Independent Researcher

Contact: info@timothy-speed.com
https://timothy-speed.org

DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.21933255

ORCID: https://orcid.org/0009-0002-0143-5949

© 2026 — CC BY-NC-ND 4.0

Impressum / Publication Information

Author: Timothy Speed
Independent Researcher
Straße zur Eiche 10
04916 Schönewalde
Germany

Email: info@timothy-speed.com
Website: https://timothy-speed.org

License:
© 2026 — CC BY-NC-ND 4.0

GND: 122901991

VIAF: 37811735

ISNI: 000000001636722X

Wikidata: Q138504206

Scholar ID: hBLHdoAAAAJ

https://doi.org/10.5281/zenodo.21933255

Zenodo Community: Operatoric Research Corpus Archive

Englischer Titel:

**The Epistemic Crisis of Autism Diagnosis:
False-Negative Autism Assessment, Epistemic Injustice, and the Case of the Humboldt University Autism Clinic in Berlin**

First published: 2026
This publication (english version) is deposited in the German National Library (Deutsche Nationalbibliothek) as a network publication.

Version: 2.0

DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.21933255

Abstract

Diese über 200 Seiten umfassende Fallstudie dokumentiert einen hoch brisanten Fall, der die Zuverlässigkeit negativer Autismusdiagnostik selbst in Frage stellt und grundlegende Reformen anstoßen könnte. Das Paper richtet sich insbesondere an Forschende und Praktiker:innen der Autismusdiagnostik, klinischen Psychologie und Psychiatrie, an Vertreter:innen der Critical Autism Studies und partizipativen Forschung, an Patient:innenvertretungen, Behindertenpolitik, Medizinethik und Patientenrecht. Sie dokumentiert in ungewöhnlicher Dichte, was üblicherweise unsichtbar bleibt: nicht nur das abschließende Ergebnis einer Autismus-Diagnostik, sondern den gesamten Weg von der nahezu unerreichbaren Vergabe des Diagnostikplatzes über die einzelnen Untersuchungen, die eingebrachten Testwerte und biografischen Dokumente bis zur klinischen Interpretation, Rückmeldung und institutionellen Wirkung des Befunds. Dadurch wird an einem nahezu vollständig dokumentierten Fall nachvollziehbar, wie ein hochkomplexer Erwachsener innerhalb eines spezialisierten Verfahrens von einem möglichen Autisten in einen institutionell „nichtautistischen" Patienten übersetzt werden kann. Die Rekonstruktion zeigt viele der teilweise in der Forschung bekannten Fehlerquellen der Diagnostik und weist auf erhebliche Defizite bei der Aufnahme und Gewichtung diagnostischer Evidenz, bei der Rückkopplung mit dem Patienten sowie hinsichtlich ethischer Absicherung, wissenschaftlicher Nachvollziehbarkeit und transparenter Begründung des Ergebnisses hin – Probleme, die sich in ähnlicher Form auch bei anderen Diagnostikstellen zeigen könnten.

Gerade in der aufgeheizten Debatte um Über- und Unterdiagnostik zeigt dieser Fall eine bislang deutlich weniger beachtete Seite: schwerwiegende Mängel der Autismusdiagnostik selbst und die Möglichkeit, dass falsch-negative Entscheidungen nicht nur individuelle Irrtümer darstellen, sondern strukturell durch Ressourcenknappheit, theoretische Vorannahmen und unzureichende Qualitätssicherung begünstigt werden können.

Sichtbar wird eine epistemische Krise der Autismusdiagnostik. Zwischen Ressourcenknappheit, Zeitdruck, veralteten diagnostischen Konzepten und begrenzten institutionellen Möglichkeiten entsteht der Eindruck, dass gegenwärtige Verfahren der Autismusdiagnostik unter bestimmten Bedingungen ihre eigenen wissenschaftlichen Ansprüche nicht mehr einlösen. Gleichzeitig zeigen sich im folgenden Fallbeispiel institutionelle Mechanismen des Selbstschutzes, die eine offene Auseinandersetzung mit dieser Krise erschweren können. Dadurch verschärft sich eine grundsätzliche Frage: **Wer ist unter Bedingungen unzureichender Qualitätssicherung überhaupt zuverlässig als autistisch diagnostizierbar – und wer wird durch die Struktur des Verfahrens systematisch weniger sichtbar?**

Gegenstand ist die Spezialambulanz für Soziale Interaktion der Humboldt-Universität zu Berlin. Der Autor erreichte die Diagnostik erst nach jahrelangen Zugangshürden, einem dokumentierten Verhältnis von 1.667 Bewerber:innen zu ungefähr 25 Plätzen, einer Klage gegen die Universität, der Veröffentlichung einer vorausgehenden Studie zum Diagnostiknotstand und direkten Schreiben an die Hochschul- und Ambulanzleitung. Der Vorgang wurde später zudem zum Gegenstand einer Petition an das Europäische Parlament. Auch die zuständige Senatorin war involviert.

Dieselbe Institution, deren Vergabepraxis bereits öffentlich, politisch und gerichtlich kritisiert worden war, untersuchte anschließend ihren eigenen öffentlichen Kritiker, ohne dass eine transparente Absicherung gegen den daraus entstehenden institutionellen Interessenkonflikt erkennbar wurde, und erzeugte einen Befund mit möglichen medizinischen, sozialrechtlichen und biografischen Folgen. Diese Konstellation zeigt eine bislang kaum untersuchte Verbindung von Diagnostik, institutionellem Selbstschutz, Forschungsinteresse und epistemischer Macht.

Der Fall ist fachlich besonders relevant, weil der untersuchte 53-jährige Erwachsene, selbst in der Autismusforschung aktiv, ein Profil aufwies, für das gegenwärtige Diagnoseverfahren besonders störanfällig sein können: diagnostiziertes ADHS, Hochbegabung, hohe sprachliche und kognitive Kompetenz, jahrzehntelange soziale Kompensation, deutlich erhöhte autismusbezogene Selbst- und Fremdbeurteilungswerte, eine fast dreißigjährige außergewöhnlich enge Werk- und Arbeitsbindung (Spezialinteresse), die mit Konzepten wie Monotropismus und Hyper-Systemizing in Beziehung gesetzt werden kann, sowie schwere und langfristige Einschränkungen gesellschaftlicher und beruflicher Teilhabe. Der Ambulanz wurden nicht nur mündliche Selbstauskünfte vorgelegt, sondern Bücher, wissenschaftliche Veröffentlichungen, biografische Dokumente, ein Film, Fremdeinschätzungen und eine bereits vor dem Verfahren ausgearbeitete wissenschaftliche Stellungnahme zur Autismus-Hypothese. Die Studie rekonstruiert, wie diese Langzeitevidenz innerhalb weniger Termine auf standardisierte Instrumente, klinische Beobachtung, Differenzialdiagnostik und eine nach außen nicht einsehbare „Gesamtschau“ traf.

Die Untersuchung entscheidet nicht anstelle einer unabhängigen Fachdiagnostik, ob beim Autor Autismus zweifelsfrei vorliegt. Ihr Gegenstand ist eine andere, wissenschaftlich vorgelagerte Frage: War das Verfahren geeignet und hinreichend offen, um die vorhandene und wissenschaftlich ausgearbeitete Autismus-Hypothese ernsthaft zu prüfen und gegebenenfalls zu widerlegen? Dazu wird untersucht, welche Evidenz tatsächlich aufgenommen wurde, welche im Verlauf ihre Bedeutung verlor, wie widersprüchliche Befunde gewichtet wurden, welche Alternativerklärungen das Gesamtbild tragen sollten und ob der Patient zentrale Missverständnisse noch korrigieren konnte, bevor sie sich zu einem abgeschlossenen Befund verdichteten.

Die Studie zeigt eine Reihe miteinander verbundener Probleme: die Übergewichtung kurzer sozialer Beobachtung gegenüber jahrzehntelanger Funktionsgeschichte; die mögliche Verwechslung erlernter sozialer Performanz mit fehlender autistischer Beeinträchtigung; die geringe institutionelle Verwertbarkeit umfangreicher Langzeitevidenz; die Fragmentierung eines zusammenhängenden Erklärungsmodells in mehrere Einzelkategorien; die Umdeutung von Selbstwissen und Widerspruch; die fehlende Transparenz der klinischen „Gesamtschau“; und die Gefahr, dass Einwände gegen das Ergebnis selbst wieder zum Material der klinischen Interpretation werden. Entwickelt werden hierfür unter anderem die Begriffe des evidenztragenden Patienten, der doppelten Subjektivität klinischer Interpretation, der selbstversiegelnden Diagnose, der diagnostischen Identitätslöschung und der Produktion diagnostischer Populationen.

Damit greift die Untersuchung unmittelbar in aktuelle internationale Kontroversen ein. Sie stellt die weiterhin einflussreiche sozialdefizitorientierte und Theory-of-Mind-geprägte Diagnostik den Forschungsansätzen zu Double Empathy, Monotropismus, Masking, Kompensation und partizipativem Wissen gegenüber. Sie verschiebt zugleich die derzeit stark auf Selbstdiagnose und mögliche

Überdiagnostik konzentrierte Debatte auf die unzureichend untersuchte Gegenfrage: Wie häufig produziert das System falsch-negative Ergebnisse, insbesondere bei älteren, hoch kompensierenden, sprachlich starken oder biografisch ungewöhnlichen Erwachsenen? Und kann eine Ambulanz unter stark reduzierten Ressourcen überhaupt seriös Autismus feststellen oder gar ausschließen? Ein Versorgungssystem kann bestimmte Profile übererkennen und andere zugleich systematisch übersehen. Ohne Forschung an den diagnostisch Abgelehnten bleibt diese zweite Fehlerform weitgehend unsichtbar.

Für die Spezialambulanz der Humboldt-Universität entsteht daraus ein spezifisches wissenschaftstheoretisches Problem. Eine Einrichtung, deren klinische und wissenschaftliche Ausrichtung schwerpunktmäßig auf sozialer Interaktion liegt, entscheidet selbst darüber, welche Personen als autistisch in klinische und möglicherweise wissenschaftliche Populationen eingehen. Erkennt sie bevorzugt jene Profile, deren Autismus in sozialer Interaktion deutlich beobachtbar ist, können die so ausgewählten Populationen anschließend genau jene theoretische Schwerpunktsetzung bestätigen, nach der sie zuvor gebildet wurden. Die Ambulanz wäre dann nicht ausschließlich Beobachterin eines vorhandenen Forschungsgegenstandes. Sie wirkte an dessen diagnostischer Herstellung mit. Der dokumentierte Fall kann eine solche systematische Selektion nicht allein beweisen, macht ihre Untersuchung aber zwingend erforderlich.

Der Skandal liegt deshalb nicht nur in der möglichen Fehlbeurteilung eines Einzelnen. Er liegt in der unbekannten Größenordnung des Problems. Die Humboldt-Ambulanz und vergleichbare Einrichtungen verfügen offenbar über keine öffentlich erkennbare systematische Nachbeobachtung negativ diagnostizierter Grenzfälle, keine bekannte falsch-negative Rate und keine belastbare Antwort auf die Frage, wie viele später andernorts doch als autistisch diagnostiziert werden. Dennoch können ihre Ausschlussentscheidungen den Zugang zu Behandlung, Teilhabe, Nachteilsausgleichen und sozialrechtlicher Anerkennung dauerhaft beeinflussen. **Eine methodische Grenze des Verfahrens wird dadurch möglicherweise zur institutionellen Aussage über die Person: Was innerhalb weniger Stunden und eines bestimmten theoretischen Rasters nicht hinreichend sichtbar wird, gilt als nicht vorhanden.**

Die Studie zeigt darüber hinaus, dass eine negative Diagnostik nicht notwendig das Ende autistischer Selbstbeschreibung bedeutet. Aus dem institutionell ausgeschlossenen Patienten kann eine neue epistemische und politische Sprechposition entstehen: die des diagnostisch abgelehnten Autisten. Damit ist keine beliebige Selbstdiagnose gemeint, sondern eine Person, deren Autismus von einer Institution nicht anerkannt wurde, ohne dass das Verfahren ihre biografische, funktionale und wissenschaftlich reflektierte Autismus-Hypothese hinreichend widerlegt hätte. Die Institution kann die klinische Anerkennung verweigern. Sie kann jedoch nicht ohne Weiteres über die Sprache verfügen, mit der ein Mensch sein eigenes Erleben, seine Lebensgeschichte und seine Zugehörigkeit beschreibt.

Darin liegt eine menschenrechtliche und emanzipatorische Dimension. Medizinische Klassifikation, sozialrechtliche Anerkennung, persönliche Identität und politische Gruppenzugehörigkeit sind miteinander verbunden, aber nicht identisch. Klinische Einrichtungen können über die von ihnen ausgestellten Diagnosen entscheiden. Daraus folgt nicht notwendig ein Monopol darüber, wer als Autist sprechen darf. Die fortgesetzte autistische Selbstbeschreibung nach negativer Diagnostik kann deshalb als Entmonopolisierung klinischer Deutungsmacht verstanden werden: Biografisches

Selbstwissen, langfristige Funktionsgeschichte, Fremdwahrnehmungen, partizipative Forschung und Wissen aus autistischen Gemeinschaften treten neben die klinische Einschätzung, ohne diese pauschal bedeutungslos zu machen.

Diese Position besitzt zugleich ein solidarisches Momentum. Sie kann Menschen stärken, die keinen Diagnostikplatz erhalten, deren Profil aufgrund von Masking, Alter, Komorbidität, Geschlecht, sozialer Anpassung oder ungewöhnlicher Biografie übersehen wird, die widersprüchliche Befunde erhalten haben oder sich eine unabhängige Zweitmeinung nicht leisten können. Die Botschaft lautet nicht, dass jede Selbstzuschreibung automatisch klinische Wahrheit sei. Sie lautet, dass institutionelle Nichtanerkennung Menschen nicht dazu verpflichten darf, ihr eigenes Erleben zu verleugnen, wenn das diagnostische Verfahren seine Grenzen und seine mögliche Fehlerhaftigkeit selbst nicht transparent ausweist. Der diagnostisch abgelehnte Autist ist daher kein begrifflicher Widerspruch, sondern bezeichnet eine Person, die aus einer klinischen Kategorie ausgeschlossen wurde, ohne dass damit notwendig die Wirklichkeit widerlegt ist, auf die sich diese Kategorie bezieht.

Die Studie fordert daher weder eine automatische Anerkennung jeder autistischen Selbstidentifikation noch ein Recht auf eine bestimmte Diagnose. Sie fordert ein Recht auf eine überprüfbare und partizipative Diagnostik, wie sie im dokumentierten Verfahren gerade nicht erkennbar war. Zu weiteren Forderungen und Empfehlungen gehören die transparente Trennung zwischen Nichtbestätigung und sicherem Ausschluss, die dokumentierte Gewichtung widersprüchlicher Evidenz, die Einbeziehung biografischer Langzeitdaten, die Offenlegung institutioneller Interessenkonflikte, eine besondere Begründungspflicht für stigmatisierende Alternativdeutungen, ein reales Korrektur- und Zweitprüfungsverfahren sowie Safeguarding bei existenziell folgenreichen Rückmeldungen. Für besonders komplexe Fälle stellt sich darüber hinaus die Frage, ob routinemäßige klinische Diagnostik überhaupt noch ausreicht oder ob interdisziplinäre, partizipative und ergebnisoffene Fallforschung erforderlich wird, um den aktuellen Stand der Autismusforschung, umfangreiche Werk- und Lebensdokumentation sowie konkurrierende Erklärungsmodelle angemessen zu integrieren.

Die abschließende Frage betrifft daher nicht nur die Humboldt-Universität, sondern die internationale Autismus-Diagnostik insgesamt:

Wie viele Menschen wurden nicht deshalb als „nichtautistisch“ klassifiziert, weil Autismus bei ihnen fehlte, sondern weil das diagnostische System ihre Form von Autismus nicht erkennen, nicht aufnehmen oder nicht in seine eigene Theorie integrieren konnte?

Keywords: adult autism assessment, false-negative autism diagnosis, autism diagnostic bias, epistemic injustice, participatory autism research, Critical Autism Studies, autistic adults, late-diagnosed autism, missed autism diagnosis, masking, camouflaging, monotropism, Double Empathy Problem, Theory of Mind, social interaction, social communication, diagnostic validity, ADOS-2 limitations, autism screening, differential diagnosis, neurodivergence, ADHD and autism, AuDHD, autistic burnout, lived experience, biographical evidence, patient expertise, testimonial injustice, hermeneutical injustice, clinical epistemology, diagnostic uncertainty, diagnostic transparency, self-identification, diagnostic exclusion, diagnostic identity erasure, self-sealing interpretation, psychiatric misclassification, personality disorder misdiagnosis, institutional bias, conflict of interest, safeguarding, patient rights,

disability rights, medical ethics, Rosenhan-Experiment, diagnostic ethics, clinical accountability, institutional responsibility, access to diagnosis, autism healthcare inequalities, underdiagnosis, overdiagnosis, false-negative rates, diagnostic populations, population selection bias, autism research methodology, neurodiversity-affirming practice, adult mental health services, Humboldt University Berlin, Spezialambulanz für Soziale Interaktion, Germany, international autism diagnostics

Forschungswert und zentrale Beiträge

Diese Studie bietet Forschenden einen seltenen Zugang zum nahezu vollständig dokumentierten Verlauf einer negativen Autismus-Diagnostik im Erwachsenenalter – von der Vergabe des Diagnostikplatzes über die eingebrachten biografischen, psychometrischen und wissenschaftlichen Materialien bis zur klinischen Interpretation, Rückmeldung und institutionellen Wirkung des Befunds. Ihr Forschungswert liegt nicht darin, anhand eines Einzelfalls die Häufigkeit falsch-negativer Diagnosen zu bestimmen oder die Autismusdiagnose des Autors abschließend zu entscheiden. Er liegt darin, diagnostische Verarbeitungsschritte sichtbar und überprüfbar zu machen, die in veröffentlichten Studien, Befundberichten und klinischen Routinen gewöhnlich verborgen bleiben.

Die Fallstudie zeigt, wie umfangreiche Langzeitevidenz innerhalb eines zeitlich begrenzten Verfahrens ausgewählt, übersetzt, gewichtet oder ausgeschlossen werden kann. Sie untersucht, wie kurze soziale Beobachtung, standardisierte Instrumente, klinische Theorie, institutionelle Ressourcen und mögliche Interessenkonflikte in einer nicht transparenten „Gesamtschau" zusammenwirken. Dadurch entsteht ein Modellfall für die Erforschung falsch-negativer Diagnostik, epistemischer Ungerechtigkeit, diagnostischer Unsicherheit und der Selektionsmechanismen, durch die klinische und wissenschaftliche Autismuspopulationen hervorgebracht werden.

Als eigenständige theoretische und methodische Beiträge entwickelt die Studie die Begriffe des **evidenztragenden Patienten**, der **doppelten Subjektivität klinischer Interpretation**, der **diagnostischen Gesamtschau als epistemischer Blackbox**, der **selbstversiegelnden Interpretation**, der **diagnostischen Identitätslöschung** und des **diagnostisch abgelehnten Autisten**. Mit der **diagnostischen Evidenzmatrix**, einem Korrekturrecht vor Abschluss des Befunds, der Trennung von Nichtbestätigung und sicherem Ausschluss sowie dem Follow-up negativer Grenzfälle werden zugleich konkrete Instrumente für Forschung und diagnostische Praxis vorgeschlagen.

Für Forschende ist die Studie daher insbesondere als **hypothesengenerierender, theorieentwickelnder und methodenkritischer Fall** relevant. Sie eröffnet Fragen, die an weiteren Fällen und mit unabhängigen Daten geprüft werden müssen: Welche autistischen Profile werden durch bestehende Verfahren bevorzugt erkannt? Welche verschwinden aus klinischen und wissenschaftlichen Populationen? Wie müssen negative Befunde dokumentiert sein, damit sie wissenschaftlich überprüfbar werden? Und in

welchem Maß beschreibt die diagnostizierte Autismuspopulation Autismus selbst – oder die Selektionsfähigkeit der Institutionen, die sie hervorbringen?

Die politische Bedeutung des Falls liegt über die konkrete Diagnostik hinaus in der Frage, was Partizipation tatsächlich bedeutet. Partizipative Autismusforschung und Diagnostik beginnen nicht erst dort, wo institutionell anerkannte Autist:innen eingeladen werden, ihre Erfahrungen innerhalb vorgegebener Formate mitzuteilen. Sie müssen sich gerade dort bewähren, wo eine diagnostisch nicht anerkannte, aber wissenschaftlich informierte und neurodivergente Person den institutionellen Deutungen widerspricht. Der Autor darf dabei nicht an genau jenen kommunikativen, organisatorischen oder sozialen Leistungen gemessen werden, deren eingeschränkte Verfügbarkeit Teil des ungeklärten Gesamtbildes ist. Verfahrensfairness, epistemische Achtung und Schutz vor Pathologisierung dürfen daher nicht erst nach erfolgreicher diagnostischer Anerkennung einsetzen. Andernfalls werden jene Menschen aus Partizipation ausgeschlossen, deren Form von Neurodivergenz das bestehende System gerade nicht zu erkennen vermag.

Eine Partizipation, die nur den bereits Anerkannten offensteht und den diagnostisch Abgelehnten ihre Erkenntnisfähigkeit abspricht, ist keine Partizipation. Sie reproduziert lediglich die klinische Auswahl innerhalb der Forschung.

Die Frage lautet somit:
Wer darf überhaupt als autistisches Wissenssubjekt gelten, wenn die Institution selbst über den Zugang zu dieser Position entscheidet?

Inhaltsverzeichnis

Abstract ... 3
Forschungswert und zentrale Beiträge ... 7
Methodischer Zugang: Provozierte Empirie ... 13
1. Vom verweigerten Zugang zur Untersuchung der Diagnostik ... 15
Methodische Kennzeichnung der Aussageebenen ... 25
2. Der Zugang zum Verfahren ... 25
3. Der erste Diagnostiktermin ... 30
4. Der zweite Diagnostiktermin ... 39
5. Fremdanamnese und weitere Nachreichungen ... 46
Die einzelnen Werte ... 50
Das entscheidende Problem ist die gemeinsame Konstellation ... 52
Der bekannte Vorbefund: Das X.-Gutachten ... 55
Die ausdrücklich mitgeteilten Zweifel am X.-Gutachten ... 56
Der fehlerhafte Status der kindlichen Fremdanamnese ... 57
Der widersprüchliche epistemische Status des Vorbefunds ... 58
Der Widerspruch zwischen X. und Humboldt ... 59
Eine gesteigerte Verantwortung der Humboldt ... 60
Negative Tradierung bei verschwindender Gegenevidenz ... 61

6. Wartephase und Rückmeldegespräch....61
7. Komorbiditäten und sekundäre Belastungsfolgen....70
Soziale Angst oder soziale Überlastung....72
Dysthymie oder chronische Erschöpfung....73
Das Problem der sekundären Belastungsfolgen....75
Komorbidität oder Ersatzdiagnose....76
Die Umkehr der Beweislast....77
Keine Hilfe durch begriffliche Verschiebung....77
8. Die narzisstische Persönlichkeitsakzentuierung....78
Wenige Fragen, weitreichende Schlussfolgerungen....79
Die Pathologisierung der eigenen Arbeit....80
Selbstironie und die Figur des Scheiterns....81
Grandiosität oder Beharren auf dem Wert des eigenen Werkes....82
Die fehlende Prüfung von Empathie....84
Neid und soziale Realität....85
Drei Bücher, ein Film und das Problem des Kontextverlustes....86
Die zirkuläre Pathologisierung des Widerspruchs....86
Die Pathologisierung des epistemischen Akteurs....87
Dreißig Jahre Arbeit ohne Bewunderung....88
Akzentuierung ohne belastbare Herleitung....89
Von der Fehldeutung zur Schädigung....89
Die ungelöste Hauptfrage....90
9. Der evidenztragende Patient und die Hierarchie diagnostischen Wissens....91
Der Patient als Lieferant von Rohdaten....93
Der institutionelle Mehrwert klinischer Interpretation....94
Ungleiche Fehlerfolgen....95
Evidenzmenge und epistemische Aufnahmefähigkeit....96
Die Umkehrung der Beweisrelation....97
Das Werk als biografisches Langzeitinstrument....97
Epistemische Objektivierung....98
Die klinische Hierarchie als Selbstschutz....99
Das verschwundene Korrekturrecht....100
Der asymmetrische Status von Selbstwissen....101
Der epistemische Kern des Falles....102
10. Die doppelte Subjektivität klinischer Interpretation....103
Vom Leben zum Befund....104
Die Frage erzeugt einen Antwortbereich....105
Die Notiz als epistemischer Flaschenhals....106
Beobachtung ist theoriegeleitet....107
Der Unterschied zwischen standardisierten und offenen Daten....107
Breite der Fragebögen und Tiefe der Interviews....108
Subjektivität als asymmetrischer Einwand....109
Die Verdopplung möglicher Verzerrung....110
Die fehlende Rückkopplung....110
Die epistemische Rolle des Schweigens....111
Beobachtereffekte im diagnostischen Raum....112
Die zentrale methodische Konsequenz....112
11. Die Gesamtschau als epistemische Blackbox....113
Integration ist nicht bloße Addition....114

Das Ergebnis ersetzt die Herleitung ... 115
Die unsichtbare Gewichtungsregel ... 116
Gesamtschau als Autoritätsreserve ... 118
Das Ganze ohne seine Teile ... 119
Die fehlende Evidenzarchitektur ... 120
Die Selektivität der behaupteten Integration ... 120
Die Gesamtschau als Ressourcenübersetzung ... 121
Von der Ressourcenbegrenzung zur Wahrheit ... 122
Das Alternativmodell als notwendiger Teil der Gesamtschau ... 123
Eine Hierarchie der Erklärungsbedürftigkeit ... 124
Unsicherheit darf nicht im Gesamturteil verschwinden ... 124
Die Blackbox schützt nicht nur das Urteil ... 125
Wissenschaftliche Autorität ohne Replizierbarkeit ... 126
Die diagnostische Evidenzmatrix ... 126
Die Gesamtschau als ethischer Ort ... 127
12. Vier Realitäten und die Monopolisierung diagnostischer Wirklichkeit ... 128
Klinische Regelbindung und persönliche Verantwortung ... 128
Verantwortungsdiffusion zwischen den Realitäten ... 129
Die epistemische Last wird nach unten verlagert ... 130
Die klinische Realität ist nicht die ganze Realität ... 131
Die ethische Pflicht zur Übersetzung zwischen den Realitäten ... 131
Die Monopolisierung wird zur ethischen Frage ... 132
13. Das verschwundene Spezialinteresse ... 133
Spezialinteresse ist keine Themenliste ... 133
Vom Spezialinteresse zum „Werk“ ... 134
Erfolg und Status verdecken keine Bindungsstruktur ... 135
Die falsche Frage nach dem ungewöhnlichen Inhalt ... 136
Repetition auf einer höheren Ebene ... 136
Die biografische Totalität der Bindung ... 137
„Er wollte nicht“ oder „er konnte nicht anders“? ... 138
Regulation statt bloßer Begeisterung ... 138
Die Kosten des Interesses ... 139
Warum die Werkbindung im Interview verschwinden konnte ... 140
Das Problem der nicht gelesenen Evidenz ... 140
Die ungleiche Behandlung von Evidenz und Behauptung ... 141
Die Konkurrenz zweier Lesarten ... 141
Der Statuskonflikt als diagnostischer Filter ... 142
Die Umcodierung des Spezialinteresses ... 143
Das Werk als nicht integrierbare Evidenz ... 143
Das verschwundene Spezialinteresse als Modellfall ... 144
Die ethische Bedeutung des Verschwindens ... 145
Wie stark sind Spezialinteressen überhaupt zu gewichten? ... 145
Forschung und Diagnostik: die Diskrepanz im eigenen institutionellen Umfeld ... 146
Die entscheidende Forschungsfrage ... 147
14. Von der Komorbidität zur Fragmentierung des Erklärungsbedarfs ... 148
Komorbidität ist kein Gegenargument gegen Autismus ... 149
Fragmentierung des Erklärungsbedarfs ... 149
ADHS als universelle Restkategorie ... 150
Der diagnostische Zeitpfeil ... 152

Komorbidität als diagnostischer Nebel....152
Das Problem des klinisch vertrauten Modells....153
Die Behandlung als Test des Erklärungsmodells....153
Die Fragmentierung individualisiert strukturelle Schäden....154
Das Gegenmodell müsste mehr leisten....154
Diagnostische Sparsamkeit und diagnostische Wahrheit....155
Vom ausgeschlossenen Autismus zum pathologisierten Rest....156
Die Selbstbestätigung des Alternativmodells....156
Ein ethischer Unterschied der Modelle....156
Die zentrale These des Kapitels....157
15. Die selbstversiegelnde Interpretation: Wenn Widerspruch zum Symptom wird....158
Ein asymmetrisches Deutungssystem....158
Das Problem der Unfalsifizierbarkeit....159
Der verschwundene Sachkonflikt....160
Die doppelte Bindung....160
Selbstschutz der Institution....161
Die notwendige Trennung von Einwand und Symptom....161
Die zentrale Grenze....162
16. Befangenheit, institutioneller Selbstschutz und epistemische Konkurrenz....162
Befangenheit als Verfahrensrisiko....163
Der institutionelle Beobachtereffekt....164
Klinische Beziehung oder institutionelle Gegenposition?....164
Institutioneller Selbstschutz....165
Epistemische Konkurrenz....165
Der Konflikt zwischen Rollen....166
Die Diagnose als möglicher Entlastungsakt....167
Vertrauen als methodische Voraussetzung....167
Befangenheit muss nicht bewiesen werden, um relevant zu sein....168
Die zentrale ethische Unterlassung....168
Der Kern des Problems....169
17. Gaslighting und epistemische Destabilisierung im Rückmeldegespräch....169
„Privat sehe ich das anders“....170
Die Nichtreaktion als kommunikative Handlung....171
„Dann beschweren Sie sich doch“....171
Die Erschütterung der eigenen Wahrnehmung....172
Patient, Kritiker oder Gegner?....173
Verletzung in einem hoch vulnerablen Moment....173
Das fehlende Auffangen....174
Gaslighting als Wirkung, nicht als unterstellte Absicht....174
Methodisch erzeugte Desorientierung....175
Die ethische Grenze....175
Der Kern des ethischen Versagens....176
18. Wenn Ressourcenknappheit zur ontologischen Aussage wird....176
Erkennbarkeit ist nicht Existenz....177
Der diagnostische Filter....178
Die unsichtbare Ressourcenentscheidung....178
Methodische Unzulänglichkeit oder negatives Ergebnis?....179
Der Cut-off als Verwaltungsgrenze....180
Das ethische Recht zur Verneinung....180

Die asymmetrischen Folgen diagnostischer Fehler....181
Wer trägt das Risiko der Unsicherheit?....182
Ressourcenknappheit entschuldigt keine Reichweitenüberschreitung....182
Diagnostische Industrie und Selektionslogik....183
Wer durch den Filter fällt....183
Die Umkehrung des Hochstaplerverdachts....184
Die provokante Betrugsfrage....184
Der Kern der Forschungsfrage....185
19. Diagnostische Identitätslöschung: Das Erleben bleibt....186
Identität und Diagnose sind nicht identisch....187
Die Person wird aus der Kategorie entfernt....188
Nichtdiagnose als aktive Intervention....189
Von der Selbsterkenntnis zur Selbsttäuschung....189
Das Problem des fehlenden Gegenmodells und die Frage der eigentlichen Kompetenz....190
Selbstidentifikation nach negativer Diagnostik und die Frage von AuDHD....191
Der Cut-off und die Identitätsgrenze....193
Das Erleben bleibt und es führt zu einer neuen Kategorie der Autist:in....194
20. Diagnostischer Schaden und die Pflicht zum Safeguarding....195
Safeguarding beginnt vor der Rückmeldung....195
Die Rückmeldung als klinischer Hochrisikomoment....196
Der Unterschied zwischen Enttäuschung und Verletzung....196
Die Pflicht zur Auffangstruktur....197
Verantwortung endet nicht mit dem Bericht....197
Der Patient darf nicht zum Gegner werden....198
Safeguarding als institutionelle Selbstbegrenzung....198
Die ethische Mindestanforderung....199
21. Die Produktion diagnostischer Populationen (Looping Effects)....199
Die Diagnose als Eintrittskarte in die Forschung....200
Die selektierte Normalform....200
Der Ausschluss komplexer Erwachsener....201
Das falsch-negative Ergebnis verschwindet statistisch....201
Forschung bestätigt die klinische Auswahl....201
Die unsichtbaren Gegenbeispiele....202
Die Produktion von „Nichtautist:innen“....202
Die pathologisierte Ausschlussgruppe....203
Die Rolle persönlichkeitsbezogener Diagnosen....203
Die selbstbestätigende Akte....204
Diagnostische Populationen sind keine natürlichen Populationen....204
Der doppelte Ausschluss....205
Die Debatte über Überdiagnostik....205
Die moralische Asymmetrie der Debatte....206
Participatory Research als Korrektiv....206
Forschung an den Abgelehnten....207
Negative Diagnostik benötigt Follow-up....207
Die Forschung produziert ihren blinden Fleck....208
Die Bedeutung des vorliegenden Falls....208
Die Spezialambulanz als Produzentin ihres eigenen Forschungsgegenstandes....208
Unterschiedliche theoretische Gewichtungen im internationalen Feld....211
Die zentrale Forschungsfrage....212

22. Mindeststandards einer partizipativen und fehlersensiblen Erwachsenendiagnostik….212
22.1 Transparenz über institutionelle Konflikte....213
22.2 Trennung von Nichtbestätigung und Ausschluss....213
22.3 Biografische Langzeitevidenz als eigenständige Datenquelle....214
22.4 Geordnete Aufnahme umfangreicher Evidenz....214
22.5 Die diagnostische Evidenzmatrix....215
22.6 Korrekturrecht vor Abschluss des Befunds....215
22.7 Symmetrische Fehlersensibilität....216
22.8 Trennung von Primärstruktur, Komorbidität und Folgeerkrankung....216
22.9 Besondere Begründungspflicht bei Persönlichkeitsdiagnosen....217
22.10 Schutz vor selbstversiegelnden Interpretationen....217
22.11 Anerkennung unterschiedlicher Autismusmodelle....218
22.12 Unterstützung nach Funktionsprofil....218
22.13 Unabhängige Zweitmeinung bei widersprüchlicher Evidenz....219
22.14 Follow-up negativer Grenzfälle....219
22.15 Safeguarding und Krisennachsorge....220
22.16 Forschung mit den Abgelehnten....220
Von partizipativer Diagnostik zu geteilter Erkenntnisverantwortung....220
Der Mindeststandard wissenschaftlicher Redlichkeit....221
23. Schlussfolgerung: Nicht das Recht auf eine Diagnose, sondern auf eine überprüfbare Diagnostik....222
Kein Anspruch auf Bestätigung....222
Der Weg von der Person zum Befund....222
Das Verschwinden der Evidenz....223
Die Asymmetrie der Beweislast....224
Die selbstversiegelnde Gefahr....224
Institution und klinisches Urteil....224
Die theoretische Selektivität....225
Ressourcenknappheit und ontologische Überdehnung....226
Die Folgen des Ausschlusses....226
Die Verantwortung für diagnostischen Schaden....226
Die Produktion der Population....227
Die Verbindung beider Studien....227
Kein Recht auf Diagnose, aber ein Recht auf Verfahren....228
Die abschließende These....229
Letztes Wort: Die bislang ungeklärte juristische Dimension....229
Anhang 1:....232
Declaration of AI usage....247
References....247
Works by the Author....248

Methodischer Zugang: Provozierte Empirie

Die vorliegende Fallstudie ist nicht als bloße nachträgliche Beschwerde eines mit dem Ergebnis unzufriedenen Patienten angelegt. Sie war im Vorfeld unabhängig vom Ergebnis angekündigt. Sie folgt der vom Autor entwickelten Methode der **provozierten Empirie**. Institutionelle Strukturen werden dabei nicht nur von außen beschrieben, sondern durch konkrete Anträge, Nachfragen, Widersprüche

und die konsequente Einforderung von Begründungen in Situationen gebracht, in denen ihre tatsächlichen Entscheidungslogiken sichtbar werden. Der diagnostische Prozess bildet daher nicht lediglich den Gegenstand der Untersuchung; auch die Reaktionen der beteiligten Institutionen auf dokumentierte Kritik, vorgelegte Evidenz und verlangte Transparenz gehören zum empirischen Material.

Die persönliche Betroffenheit des Autors wird dabei nicht geleugnet, sondern methodisch offengelegt. Sie eröffnet eine Interventionsebene, die einer rein externen Beobachtung nicht zur Verfügung steht. Durch die Irritation routinisierter Abläufe und die Konfrontation eines Systems mit seinen eigenen Begründungsansprüchen können Konflikte, Spannungen und Tiefenschichten hervortreten, die im institutionellen Normalbetrieb unsichtbar bleiben. Die daraus entstehenden Reaktionen bilden keine bloßen Begleiterscheinungen, sondern eigenständige Daten der Untersuchung.

Die persönliche Involviertheit ersetzt weder Belege noch wissenschaftliche Prüfung. Sie ermöglicht jedoch einen Zugang zu Abläufen, die einer rein externen Beobachtung häufig verschlossen bleiben. Entscheidend ist deshalb nicht, ob der Autor Partei des untersuchten Konflikts ist, sondern ob dokumentierte Vorgänge, subjektives Erleben, wissenschaftliche Interpretation und politische Zuspitzung nachvollziehbar voneinander unterschieden werden. Die Studie untersucht somit nicht nur, zu welchem diagnostischen Ergebnis die Ambulanz gelangte, sondern auch, was geschieht, wenn ein evidenztragender Patient die Voraussetzungen, Widersprüche und Folgen dieses Ergebnisses systematisch sichtbar macht.

Zugleich besitzt die Methode klare Grenzen. Die provozierte Empirie ermöglicht keine vollständige Rekonstruktion interner Beratungen, individueller Motive oder nicht dokumentierter Entscheidungsprozesse. Sie kann institutionelle Reaktionen sichtbar machen und aus ihrer Struktur begründete Hypothesen entwickeln, aber nicht jede beobachtete Reaktion eindeutig auf eine bestimmte Absicht zurückführen. Auch die Beteiligung des Autors kann Wahrnehmung, Auswahl und Zuspitzung beeinflussen. Die vorliegende Studie beansprucht daher weder neutrale Außenbeobachtung noch eine abschließende Erklärung sämtlicher Vorgänge. Ihr wissenschaftlicher Anspruch liegt in der transparenten Dokumentation eines konflikthaften Verlaufs, der überprüfbaren Trennung unterschiedlicher Aussageebenen und der Entwicklung von Fragestellungen, die an weiteren Fällen, durch unabhängige Forschung und anhand zusätzlicher institutioneller Daten geprüft werden müssen.

Der Autor setzt diese Methode nicht erstmals im vorliegenden Fall ein. Sie bildet seit Jahrzehnten einen wiederkehrenden Bestandteil seiner qualitativen Forschung in Auseinandersetzungen mit Institutionen, Unternehmen und staatlichen Behörden. Dieses Vorgehen ist öffentlich und vielfach dokumentiert. Auch den beteiligten Stellen war aufgrund der institutionellen Vorgeschichte, der eingereichten Publikationen und des öffentlich zugänglichen Werks bekannt, dass der Autor institutionelle Reaktionen nicht lediglich persönlich verarbeitet, sondern als empirisches Material dokumentiert, analysiert und publiziert. Die Ambulanz untersuchte somit keinen Patienten, dessen wissenschaftliche Arbeitsweise für sie unbekannt oder unvorhersehbar gewesen wäre.

Ethik- und Datenschutzhinweis

Autor, untersuchte Person und Verfasser der Fallstudie sind identisch. Der Autor veröffentlicht die ihn selbst betreffenden medizinischen, biografischen und institutionellen Informationen in Kenntnis ihrer dauerhaften öffentlichen Zugänglichkeit. Aussagen aus nicht aufgezeichneten Gesprächen werden als Gedächtnisprotokolle beziehungsweise sinngemäße Erinnerungen gekennzeichnet. Angaben zu weiteren Personen werden nur insoweit wiedergegeben, wie sie für die Rekonstruktion institutioneller Handlungen, diagnostischer Entscheidungen oder ihrer Folgen erforderlich sind. Die Studie wurde unabhängig und ohne institutionelle Anbindung durchgeführt; ein institutionelles Ethikvotum lag nicht vor.

1. Vom verweigerten Zugang zur Untersuchung der Diagnostik

Diese Untersuchung beginnt dort, wo die vorausgehende Studie zunächst endete: beim Zugang zur Autismus-Diagnostik.

In *1667:25 – Gewalt, Gesundheitsschädigung und die Verweigerung von Autist:innen-Rechten am Beispiel Deutschland* (Speed 2026) wurde auf 129 Seiten dokumentiert, wie der Zugang zur spezialisierten Autismus-Diagnostik für Erwachsene faktisch vom Zufall abhängig gemacht wurde. Der Diagnosenotstand ist ein weltweit bekanntes Problem. Die vorgelegte Studie zeigte an einem konkreten Fall die realen Auswirkungen auf Betroffene.

Im untersuchten Quartal konkurrierten 1.667 Menschen um ungefähr 25 Diagnostik-Plätze. Die Studie zeigte, dass es sich dabei nicht nur um eine unangenehme Wartezeit handelte, sondern um eine strukturelle Blockade. Die Humboldt machte die fatalen Zahlen gegenüber der Öffentlichkeit nicht sichtbar und ließ damit die meisten in dem Glauben, sie hätten eine Chance auf einen Termin. Rein statistisch war das für viele unwahrscheinlich, sprich: Es würde Jahre dauern.

Der Autor hatte, siehe Studie, den Berliner Senat durch mehrere Schreiben, auch an die entsprechenden Beauftragten, in Bedrängnis gebracht. Die zuständige Senatorin sah sich genötigt, persönlich zu reagieren und dem Autor zu antworten. Es kam als Folge möglicherweise zu Änderungen, welche dem Autor von der zuständigen Senatorin angekündigt wurden, aber eben nicht zu jenen, die den Betroffenen geholfen hätten, sondern zu weiteren verwaltungstechnischen Abwehrmechanismen. So schrieb die Ambulanz anscheinend erst wenige Wochen später auf ihre Webseite:

*„Wichtiger Hinweis: Unser Angebot zur Autismus-Diagnostik richtet sich ausschließlich an Personen mit Wohnsitz in **Berlin, Brandenburg oder Mecklenburg-Vorpommern**! Aufgrund der sehr hohen Nachfrage können wir leider keine Diagnostik für Personen aus anderen Bundesländern anbieten.“*

Ob der Absatz nicht bereits früher dort stand, ließ sich im Nachhinein nicht mehr klären. Dies basiert daher auf der Erinnerung des Autors, diese Passagen früher auf der Webseite nicht gelesen zu haben.

Die Senatorin hatte am 4.12.25 an den Autor geschrieben: *„Ich bitte um Verständnis dafür, dass die für Menschen mit einem entsprechenden Bedarf äußerst unbefriedigenden Wartezeiten für einen Diagnostikplatz in Berlin auch dadurch zustande kommen, dass bisher darauf verzichtet wurde, über die dem Sozialrecht immanente*

Zuständigkeitszuordnung der Leistungsträger zu dem Wohnort nur Personen zur Autismus-Diagnostik aufzunehmen, die ihren Wohnsitz in Berlin haben."

Der Zugang zur Diagnostik wurde oder sollte somit noch weiter eingeschränkt werden. Dies ist wichtig, weil es zeigt, wie man das Problem innerhalb Deutschlands verschob. Die Belastung verlagerte sich somit ein Stück weit von Berlin hin zu anderen Bundesländern, denen es ähnlich erging, die ihre Belastung zuvor teils nach Berlin schoben.

Offenbar war erkannt worden, dass die Situation politisch heikel ist. Man wollte vermutlich nicht mehr Geld investieren. Ob dies als direkte Reaktion auf die Kritik des Autors passierte, bleibt jedoch unklar.

Gegenüber dem Autor deutete eine Diagnostikerin zunächst an, die tatsächlichen Zahlen könnten möglicherweise veröffentlicht werden. Es fand sich aber später auf der Webseite weiterhin die politisch neutrale Darstellung: *„Die Suche nach einer Autismus-Diagnostik im Erwachsenenalter kann sehr langwierig und unübersichtlich sein."*

Damit wurde der Skandal um den Diagnostiknotstand quasi normalisiert, rhetorisch entdramatisiert und man machte dadurch das Leid von tausenden Menschen unsichtbar und weniger bedrohlich. Aus der Perspektive der vorliegenden Untersuchung wurde das Problem damit nicht gelöst, sondern administrativ und rhetorisch verschoben. In diesem Sinne beteiligte sich auch die Humboldt an einer politischen Entdramatisierung des Diagnostiknotstands.

Ohne anerkannte Diagnose blieben Nachteilsausgleiche, Teilhabeleistungen, sozialrechtliche Ansprüche und geeignete Hilfen häufig unerreichbar. Zugleich verschärften die ausbleibende Klärung und die fortgesetzte institutionelle Nichtzuständigkeit gesundheitliche, soziale und materielle Krisen. Der fehlende Zugang zur Diagnostik war damit Teil einer sich selbst stabilisierenden Schleife: Ohne Diagnose keine Rechte, ohne Rechte keine Stabilisierung, ohne Stabilisierung kaum eine reale Möglichkeit, Diagnose und Rechte noch durchzusetzen.

Diese Studie blieb somit scheinbar nicht folgenlos. Sie wurde nicht nur veröffentlicht, sondern der Hochschulambulanz, der Leitung der Humboldt-Universität, politischen Stellen, Beauftragten, juristischen Instanzen, dem Berliner Senat und internationalen Einrichtungen vorgelegt. Sogar dem Bundesverfassungsgericht. Sie war zudem an zahlreiche Forschende versandt worden. Die Humboldt-Universität wusste damit, dass ihr Verhalten nicht länger nur Gegenstand eines individuellen Beschwerdeverfahrens war. Es wurde wissenschaftlich dokumentiert und zunehmend öffentlich.

Nachdem über etwa zwei Wochen weder eine Eingangsbestätigung noch eine inhaltliche Reaktion der Leitung der Ambulanz erfolgt war, wandte sich der Autor erneut direkt an die Präsidentin der Humboldt-Universität und an die Leiterin der Ambulanz, Frau Prof. Dr. Isabel Dziobek. In dieser Nachricht verwies er auf die Studie, Gefährdungsanzeigen, die laufenden politischen und rechtlichen Schritte, die internationale Verbreitung der Studie und die angekündigte Fortsetzung der Untersuchung. Der Ton war scharf. Er entsprach jedoch der in der Studie dokumentierten Einschätzung, dass fehlende Diagnostik und institutionelles Nichtreagieren bei einer hoch vulnerablen Gruppe nicht bloß Verwaltungspannen darstellen, sondern schwere und vorhersehbare Gesundheitsschäden bis hin zu Todesfällen mitverursachen können. Die Nachricht war damit nicht der

Beginn der Eskalation. Sie stand am Ende einer langen Kette von Anträgen, Beschwerden, Klagen, Warnungen und ausgebliebenen Reaktionen.

Frau Prof. Dziobek, die Leiterin der Hochschulambulanz erhielt zwei Mails. Die erste am 6.3.2026:

> *Sehr geehrte Frau Prof. Dziobek,*
>
> *nach Entscheidung des Landessozialgerichtes Berlin-Brandenburg (ich hatte die Humboldt, wie Sie wissen, verklagt) ist die Studie zu Gewalt gegen Autist:innen in Deutschland nun abgeschlossen und veröffentlicht worden. Sie geht auch nach Genf und Brüssel. Das Paper belastet Ihre Ambulanz schwerwiegend. Es ist mit hoher Wahrscheinlichkeit von Suiziden und indirekten Todesfällen als Folge des Lotteriesystems auszugehen. Die Ausmaße erinnern an den Contergan-Skandal.*
>
> *Ich möchte Sie als Forscherkollege auffordern, zur Studie Stellung zu nehmen und beim Senat einzuwirken. Hier geht es um Menschenleben, die massiv gefährdet werden.*
>
> *Die Studie ist in Deutsch und Englisch publiziert worden und hier zu finden:*
>
> *Speed, T. (2026). 1667:25 Gewalt, Gesundheitsschädigung und die Verweigerung von Autist:innen-Rechten am Beispiel Deutschland, dem Sozialgericht Cottbus, sowie beim Landessozialgericht Berlin-Brandenburg. Zur Unmöglichkeit der Durchsetzung von Rechtsschutz für Neurodivergente (unter Lebensgefahr). (1 German). Zenodo. https://doi.org/10.5281/zenodo.18875540*
>
> *Speed, T. (2026). 1667:25 Violence, Health Harm and the Denial of the Rights of Autistic People in Germany - Proceedings before the Social Court Cottbus and the Higher Social Court Berlin-Brandenburg - On the Practical Impossibility of Enforcing Effective Legal Protection for Neurodivergent People (1 English). Zenodo. https://doi.org/10.5281/zenodo.18887765*
>
> *Ich bitte Sie die Sache ernst zu nehmen. Das Paper wird vermutlich früher oder später auch durch die Presse gehen. Die Humboldt kann das nicht einfach ignorieren.*
>
> *MfG*
>
> *Timothy Speed*
>
> *https://timothy-speed.com/*

Am 20.3.2026 erhielten sie und die Universitätspräsidentin von Blumentthal folgende Mail:

> *Sehr geehrte Frau Prof. von Blumenthal, Frau Prof. Dziobek,*
>
> *Sie haben jetzt seit ca. zwei Wochen die Studie vorliegen. Ich habe bisher weder eine Eingangsbestätigung erhalten, noch eine Reaktion. Da wir hier von Gefährdungsanzeigen und Menschenleben sprechen, bitte ich Sie dringend um eine Stellungnahme.*

Der Senat, sowie die zuständigen Beauftragten sind informiert worden. Es wurde auch Beschwerde bei der UN-Stelle für die Einhaltung der UN-BRK eingereicht, sowie eine Petition auf EU-Ebene. Die Studie wird also zunehmend öffentlicher. Sie ging bereits an 100 Forscher:innen weltweit. Auch die Generalstaatsanwältin ist in Kenntnis gesetzt worden.

Sie stehen als Wissenschaftlerinnen in der Pflicht, dafür zu sorgen, dass Wahrheit nicht vertuscht wird. Wenn Sie weiter öffentlich schweigen, tragen Sie direkt dazu bei, dass Menschenleben gefährdet werden. Die auf die erste Studie folgende zweite Studie wird umfassend dokumentieren, wie Sie auf das Paper reagieren, und dies somit ebenfalls der Forschungsgemeinschaft zugänglich machen. Wir haben hier erstmals die Gelegenheit, umfassend aufzuzeigen, wie fatal die Folgen für Autist:innen sind.

Sie als Forscherinnen wissen, dass Sie durch das bestehende Verfahren massive Gesundheitsschäden mitverursachen. Diese sind vorhersehbar. Wenn Sie sich darauf zurückziehen, Sie seien nicht zuständig, oder könnten nichts tun, wäre das feige und unterlassene Hilfe. Es wäre der Humboldt nicht würdig. Sie müssen massiv und öffentlich reagieren. Sonst geht jeder Suizid, der hieraus folgt, mit auf Ihr Konto.

Sie spielen mit dem Leid und Leben einer hoch vulnerablen Gruppe, um Ressourcen zu sparen. Das ist keine Verwaltungsfrage, sondern eine hochpolitische.

MfG

Timothy Speed

Speed, T. (2026). 1667:25 Gewalt, Gesundheitsschädigung und die Verweigerung von Autist:innen-Rechten am Beispiel Deutschland, dem Sozialgericht Cottbus, sowie beim Landessozialgericht Berlin-Brandenburg. Zur Unmöglichkeit der Durchsetzung von Rechtsschutz für Neurodivergente (unter Lebensgefahr). (1 German). Zenodo. https://doi.org/10.5281/zenodo.18875540

Speed, T. (2026). 1667:25 Violence, Health Harm and the Denial of the Rights of Autistic People in Germany - Proceedings before the Social Court Cottbus and the Higher Social Court Berlin-Brandenburg - On the Practical Impossibility of Enforcing Effective Legal Protection for Neurodivergent People (1 English). Zenodo. https://doi.org/10.5281/zenodo.18887765

Das Gerichtsverfahren wurde vom Landessozialgericht formal abgewiesen und ging anschließend ans Bundesverfassungsgericht, wo es zunächst zur Prüfung angenommen und dann von den Richter:innen des Bundesverfassungsgerichts ebenfalls formal abgewiesen wurde. Das lag daran, dass der Autor sich keinen Anwalt leisten konnte. Es fand somit keine Sachaufklärung statt. Das Bundesverfassungsgericht nahm keine Sachprüfung vor, obwohl ihm der Vorgang und die vom Autor beschriebenen möglichen Folgen für tausende Betroffene vorgetragen worden waren. Welche Bedeutung diese Informationen für die Entscheidung hatten, lässt sich aus der Entscheidung nicht entnehmen.

Am 1. April 2026 hatte sich der Autor daher erneut für das Losverfahren der Spezialambulanz angemeldet. Es gab keine Alternative. Die Ambulanz teilte in der allgemeinen Mail an alle Betroffenen

mit, sie werde sich innerhalb von zwei Wochen melden, sofern ein Platz auf der Warteliste angeboten werden könne. Diese Frist verstrich. Erst am 22. April, also acht Tage nach Ablauf des von der Ambulanz selbst genannten Zeitraums, erfolgte dennoch eine Kontaktaufnahme mit dem Ziel, den Autor durch das Losverfahren als Teilnehmer an einer Diagnostik aufzunehmen.

Ob dieser Zugang ausschließlich durch das reguläre Auswahlverfahren zustande kam oder ob der inzwischen entstandene politische und institutionelle Druck eine Rolle spielte, lässt sich mangels Transparenz nicht abschließend feststellen. Nachweisbar ist jedoch, dass der Zugang außerhalb des zuvor mitgeteilten zeitlichen Ablaufs erfolgte und dass die Hochschul- und Ambulanzleitung zu diesem Zeitpunkt über die Studie, die Klage, die politischen Beschwerden und die angekündigte weitere Dokumentation informiert war.

Das hat aber zur Folge, dass die Frage, ob die Ambulanz aus Gründen des Selbst- oder Fremdschutzes den Autor tatsächlich „zufällig" aus dem Topf zog, unweigerlich im öffentlichen Raum des Falls haften blieb.

Das hatte direkte Auswirkungen auf die Frage, welche Motive die Ambulanz damit möglicherweise verfolgte und wie sich dies auf die spätere Diagnose auswirken würde.

Korrektur und Nachtrag zur Verbindung von Diagnostikzugang und Klageverfahren

Am 22.8.2026 erhielt der Autor nach Erscheinen der ersten Version dieses Papers ein Schreiben des Sozialgerichts Cottbus, dem ein Schriftsatz der Humboldt-Universität vom 27.5.2026 beigefügt war. Darin schrieb die Rechtsabteilung der Universität:

> „..., dass der Kläger im II. Quartal 2026 innerhalb des Losverfahrens eine Einladung zum Screeninggespräch und somit die Mitteilung über die Aufnahme zur Diagnostik am 22.04.2026 erhalten hat. Ein Screeningtelefonat hat bereits mit dem Kläger am 23.04.2026 stattgefunden, die Diagnostiktermine werden am 01. und 04.06.2026 stattfinden. Klägerseits wurden diese Termine bestätigt. Die Beklagte fragt daher erneut nach, ob der Kläger die Klage zurücknimmt. Sofern der Kläger seine Klage nicht zurücknimmt, bittet die Beklagte das Gericht, den Kläger gemäß § 102 Abs. 2 SGG zum Betreiben des Verfahrens aufzufordern."

Der neu aufgefundene Schriftsatz verändert die Beurteilung der institutionellen Ausgangslage erheblich. Er dokumentiert erstmals unmittelbar, dass die Aufnahme des Autors zur Diagnostik von der Rechtsabteilung der Humboldt-Universität selbst mit dem laufenden Klageverfahren verknüpft wurde. Die Gewährung des Diagnostikzugangs wurde gegenüber dem Sozialgericht ausdrücklich zum Anlass genommen, erneut auf eine Rücknahme der gegen die Universität gerichteten Klage hinzuwirken. Damit war der spätere diagnostische Prozess institutionell nicht lediglich zeitlich von einem Rechtskonflikt begleitet; der Zugang zu diesem Prozess war selbst Bestandteil der prozessualen Auseinandersetzung. Die Verbindung war also real und nicht nur eine nachträgliche Interpretation des Autors.

Der Vorgang ist deshalb politisch erheblich brisanter, als es eine bloße Überschneidung von Klage und Diagnostik vermuten ließe. Gegenstand des Verfahrens war nicht irgendein persönlicher Konflikt,

sondern ein strukturelles Problem des Diagnosenotstands und der faktisch kaum erreichbaren Vergabe weniger Diagnostikplätze unter Bedingungen extremer Knappheit. Die vorausgehende Untersuchung hatte gerade die Frage aufgeworfen, ob ein Versorgungssystem, in dem 1.667 Menschen um ungefähr 25 Plätze konkurrieren, seine Schutz-, Versorgungs- und Teilhabefunktion noch hinreichend erfüllt. Der Autor hatte diese Problematik politisch, wissenschaftlich und gerichtlich eskaliert. Die Klage besaß damit zumindest das Potenzial, nicht nur seinen individuellen Zugang, sondern die Legitimität des bestehenden Vergabesystems selbst zum Gegenstand weiterer gerichtlicher und öffentlicher Prüfung zu machen. Es war ein Menschenrechtsfall.

Vor diesem Hintergrund erhält die anschließende Aufnahme des Autors zur Diagnostik eine zusätzliche institutionelle Bedeutung. Bislang ließ sich nicht klären, ob seine Auswahl ausschließlich durch das reguläre Losverfahren zustande kam oder ob der inzwischen entstandene politische, wissenschaftliche und rechtliche Druck eine Rolle spielte. Diese Frage bleibt weiterhin offen. Der neue Schriftsatz zeigt jedoch, dass die Universität den gewährten Zugang unmittelbar dazu nutzte, auf eine Beendigung des laufenden Rechtsstreits hinzuwirken. Damit besaß der Diagnostikplatz für die Universität nicht nur medizinische, sondern zugleich eine erkennbare prozessuale Funktion.

Die entscheidende Frage lautet daher: War der Diagnostikplatz lediglich die individuelle Lösung eines Versorgungsproblems – oder wurde er zugleich zur Lösung eines Klageproblems? Der neue Schriftsatz beweist nicht, dass die Aufnahme des Autors allein oder primär aus prozessstrategischen Gründen erfolgte. Er dokumentiert jedoch, dass die Universität den gewährten Diagnostikzugang ausdrücklich als Argument dafür verwendete, den gegen sie gerichteten Rechtsstreit zu beenden.

Damit entsteht aus Sicht dieser Untersuchung der Eindruck, dass nicht zunächst das strukturelle Problem des Diagnosenotstands bearbeitet wurde, sondern der konkrete, inzwischen politisch und rechtlich besonders brisant gewordene Klägerfall möglichst rasch aus der prozessualen Auseinandersetzung herausgenommen werden sollte. Während weiterhin hunderte beziehungsweise tausende Betroffene mit denselben Zugangshürden konfrontiert blieben, wurde der Zugang eines einzelnen Klägers gegenüber dem Gericht unmittelbar als Anlass genutzt, die Rücknahme der Klage zu verlangen. Eine erkennbare strukturelle Reform zugunsten der übrigen Betroffenen ging daraus zunächst nicht hervor.

Gerade darin liegt die menschenrechtliche Brisanz. Ein struktureller Konflikt kann institutionell entschärft werden, indem nicht die zugrunde liegende Struktur verändert, sondern derjenige Einzelfall versorgt wird, durch den diese Struktur rechtlich und öffentlich sichtbar geworden ist. Der konkrete Kläger erhält dann Zugang, während das System selbst bestehen bleibt. Wird dieser individuelle Zugang anschließend dazu verwendet, auf die Beendigung des gegen das System gerichteten Verfahrens hinzuwirken, besteht die Gefahr, dass ein strukturelles Problem in einen vermeintlich erledigten Einzelfall zurückübersetzt wird.

Für den vorliegenden Fall verschärft sich dadurch zugleich die Frage nach der Unabhängigkeit der anschließenden Diagnostik. Wenn der gewährte Diagnostikzugang institutionell bereits dazu diente, einen laufenden Rechtskonflikt zu entschärfen, entstand möglicherweise ein zusätzlicher Erledigungsdruck. Dieser Druck muss nicht bewusst auf einzelne Diagnostiker:innen übertragen worden sein, um wissenschaftlich relevant zu werden. Bereits die institutionelle Situation hätte eine

besonders klare Trennung zwischen Rechtsabteilung, Hochschulleitung und medizinisch-wissenschaftlicher Diagnostik erforderlich gemacht.

Man muss hier wissen, dass die Humboldt Betroffene für alle Diagnostikstellen in Berlin auswählte. Nicht nur für die Humboldt-Ambulanz, sondern auch für die Charité und weitere Kliniken. Die Universitäts-Ambulanz hätte den Autor also auch durch eine andere Klinik untersuchen lassen können. Genau das tat Frau Prof. Dziobek nicht. Und genau hier lag schon das erste ethische und wissenschaftlich bedenkliche Problem. Nämlich jenes der möglichen Befangenheit.

Es wäre auch für die Universität schwierig gewesen den Diagnostikzugang des Autors gegen den Menschenrechtsprozess zu verwenden, wenn man diese nicht selbst durchführte.

Tatsächlich begann damit eine zweite Untersuchung.

Der erste Skandal bestand in der kaum überwindbaren Zugangshürde. Der zweite begann mit der Frage, was innerhalb der Diagnostik geschieht, wenn ein solcher Platz schließlich erreicht wird und unter welchen Bedingungen dies geschieht. Denn der Zugang zu einem Verfahren sagt noch nichts über dessen Qualität, seine Offenheit gegenüber ungewöhnlichen Biografien, seine Fähigkeit zur Korrektur eigener Missverständnisse oder den praktischen Nutzen des am Ende produzierten Befunds aus.

Die Hochschulambulanz für Psychotherapie und Psychodiagnostik der Humboldt-Universität zu Berlin, darin die Spezialambulanz für Soziale Interaktion, wurde somit samt ihrer Leiterin und Mitunterzeichnerin des späteren Befundberichts Prof. Dr. Isabel Dziobek zum Material der zweiten Studie.

Was aber waren nun die Ausgangsbedingungen?

Vorab muss gesagt werden, dass der Autor klinisch anerkannt von ADHS betroffen war, somit neurodivergent, mit dem einzigen Problem, dass ADHS sein Leben nur zum Teil erklärte. Der Autor wies eine ungewöhnlich hohe Dichte von Merkmalen auf, die in der gegenwärtigen Forschung mit Autismus, Monotropismus, Hyper-Systematisierung und Veridical Mapping in Verbindung gebracht werden. Sein Denkstil war zutiefst monotrop und hypersystematisierend. Er wies somit eine Reihe von Merkmalen auf, die in ihrer Dichte und kognitiven Struktur an Muster erinnern, die in der Forschung oft Autismus zugewiesen werden. Auch hatte er die sensorischen Merkmale, sowie stark repetitives Verhalten. Aus wissenschaftlicher Redlichkeit sei hier erwähnt, dass der Autor sich als in der Autismusforschung aktive Person sicher ist, Autist zu sein, weil er es über Jahre in einem Umfang wissenschaftlich, theoretisch und fachlich überprüft hat, der in Sachen der Dichte der Evidenz das Verfahren einer Diagnostik bei Weitem übersteigt. Der Autor ist mit 53 nicht leichtfertig zu dieser Überzeugung gelangt, sondern hat dazu Paper und Studien vorgelegt, sich fachlich beraten und abgewogen. All diese Belege sind in seiner Forschung öffentlich einsehbar und können überprüft werden. Siehe dazu auch **Anhang 1.**

Das Problem, das sich in der folgenden Untersuchung zeigte, war weniger das Fehlen von Belegen für die diagnostischen Kriterien von Autismus, sondern deren außergewöhnlich großer Umfang, der von Anfang an die Humboldt überforderte. Dies führte dann in späterer Folge dazu, dass diese Daten, so schien es zumindest, praktisch überhaupt nicht berücksichtigt wurden.

Es stand ein verkürzendes Verfahren gegen eine ausufernde Menge an Daten aus dem realen Leben.

Es ist wissenschaftlich wichtig, hier zu verdeutlichen, dass der Autor sich weiterhin als Autist bezeichnet und dies auch weiter tun wird, unabhängig von der Ansicht der Humboldt. Denn die Humboldt hat die wissenschaftliche Grundlage in diesem Verfahren nicht widerlegt. Es wurde auf wesentliche Belege mit keinem Wort eingegangen. Auch auf Nachfrage nicht. Hinzu kam die fachliche Meinung einer autismus-erfahrenen Psychotherapeutin außerhalb des Verfahrens, die Autismus bejahte.

Die diagnostische Beurteilung der Ambulanz blieb erkennbar stark an einer ICD-10-geprägten und sozialdefizitorientierten Perspektive ausgerichtet. Neuere Ansätze zu Monotropismus, Double Empathy, Masking, Kompensation und nicht linearer autistischer Kognition wurden im Befund jedenfalls nicht nachvollziehbar integriert. Aus der Rekonstruktion des Befunds ergibt sich der Eindruck einer erheblichen Übergewichtung beobachtbarer sozialer Defizite gegenüber biografischer Langzeitevidenz, Masking und innerem Erleben. Dies erscheint für eine große Universitäts-Ambulanz 2026 als äußerst irritierend.

Die diagnostische Ausgangssituation war von Beginn an ungewöhnlich. Der Autor trat der Ambulanz nicht nur als Patient gegenüber. Er hatte die Institution zuvor verklagt, ihre Vergabepraxis öffentlich kritisiert, die Senatorin und etliche Beauftragte beunruhigt, eine umfangreiche Studie über den diagnostischen Notstand veröffentlicht und angekündigt, auch das weitere Verhalten der Hochschule wissenschaftlich zu dokumentieren. Die Ambulanz war daher zugleich Leistungserbringerin, Gegenstand der Kritik und diagnostische Instanz. Der Autor war zugleich Patient, Kläger, Kritiker, Menschenrechtsaktivist und Forscher des Verfahrens.

Die Rollenüberlagerung begründete zumindest einen erheblichen Anschein möglicher institutioneller Befangenheit und hätte daher vor Beginn des Verfahrens ausdrücklich geprüft, dokumentiert und gegenüber dem Patienten offengelegt werden müssen. Unter diesen Bedingungen konnte die Neutralität des Verfahrens nicht einfach unterstellt werden; sie hätte aktiv hergestellt und dokumentiert werden müssen. Die späteren Bewertungen können nicht sinnvoll untersucht werden, ohne diese Vorgeschichte mitzudenken.

Der Autor erwartete keine automatische Bestätigung seiner Autismus-Hypothese. Natürlich hoffte er darauf. Er befürchtete jedoch konkrete Diagnostikprobleme, die er (siehe Anhang 1) im Vorfeld ansprach und die sich später auch zeigten.

Er erwartete prinzipiell, dass eine spezialisierte universitäre Einrichtung die außergewöhnlich umfangreiche Biografie, die vorliegenden Testwerte, die öffentlich zugängliche Werkproduktion und die bereits schriftlich erläuterte Denk- und Arbeitsweise ernsthaft prüfen würde. Zur Diagnostik wurden daher nicht nur Bücher des Autors und veröffentlichte Papers vorgelegt, sondern auch die am 12. Februar 2026 verfasste *Wissenschaftliche Stellungnahme zur Erklärungsbedürftigkeit bei Zurückweisung einer Autismus-Spektrum-Hypothese*. Diese Stellungnahme wird dem vorliegenden Paper vollständig als **Anhang 1** beigefügt. Leser:innen können dadurch unmittelbar prüfen, welche Informationen der Ambulanz vor ihrer abschließenden Entscheidung zur Verfügung standen und worauf offenbar nicht eingegangen wurde.

Die Stellungnahme war keine nachträgliche Verteidigung gegen ein unerwünschtes Ergebnis. Sie lag vorher vor. Sie beschrieb die über Jahrzehnte stabile Werkbindung, die Diskrepanz zwischen hoher selbstorganisierter Produktivität und dem Scheitern in gewöhnlichen Erwerbsverhältnissen, die Möglichkeit ausgeprägter Maskierung sowie die funktionalen und gesundheitlichen Kosten der gesamten Konstellation. Sie formulierte damit bereits im Vorfeld, worauf eine ernsthafte Diagnostik im konkreten Fall besonders achten musste.

Der Autor war wie bereits erwähnt selbst in der Autismusforschung tätig, allerdings überwiegend in der Systemtheorie. Er untersuchte das Verhältnis zu Welt und Weltbildung im Kontext von Neurodivergenz, Kognition, Bewusstsein und Gesellschaft. Zwar nicht universitär eingebunden, sondern als unabhängiger Forscher unbezahlt, aber die Humboldt wusste das.

Auch die beiden veröffentlichten Arbeiten *Thinking in Formation* (Speed 2026) und *Work under Eigenzeit* (Speed 2026) waren übergeben worden. Die erste untersuchte die über Jahrzehnte stabile Form der Wissens- und Werkproduktion im Kontext von Autismus, die zweite die Bindung von Arbeitsfähigkeit an selbstorganisierte zeitliche und strukturelle Bedingungen. Beide Texte waren mit DOI veröffentlicht und damit unabhängig zugänglich. Der Autor übergab das Buch des Autors *„Denn sie können nicht verstehen – Warum Autismusforschung irrt“*, in dem unter anderem auch Prof. Dziobek dafür kritisiert worden war, dass sie nach Ansicht des Autors Masking bei Autist:innen in einem Vortrag marginalisierte. Ob man diese Stelle im Buch gelesen hatte, bleibt unklar.

Diese nicht alltägliche Situation drehte sich im Besonderen um ein wichtiges Detail, welches der Autor gleich zu Beginn des ersten Diagnostiktermins gegenüber den Diagnostikerinnen äußerte (Gedächtnisprotokoll): *„Sie müssen eines zentral verstehen. Ich bin seit 27 Jahren nahezu durchgehend erwerbslos, aber ich arbeite seit bald 30 Jahren 40 Stunden die Woche an einer ganz speziellen Kunst und Forschung, die sich um die Untersuchung eines bestimmten Musterverhältnisses in gesellschaftlichen und naturwissenschaftlichen Strukturen dreht. – Ich kann im Grunde nur diese eine Arbeit machen. Alles dreht sich um diese Arbeit. Sie gibt mir Energie, und wenn ich sie nicht mache, dann verliere ich Energie, dann kann ich dabei zusehen, wie mein IQ fällt, wie ich unbeholfen werde und Fehler mache. Ich kann nicht mit Menschen arbeiten. Ich muss alles auf die eigene spezielle Weise tun und werde daher seit Jahrzehnten ausgegrenzt, diskriminiert und in Armut getrieben.“*

Es existierte somit ein markantes Profil, dessen Gesamtheit durch ADHS, Hochbegabung oder die später genannten Alternativdeutungen jedenfalls nicht ohne erheblichen verbleibenden Erklärungsbedarf erfasst werden konnte. Auch die Hochbegabung des Autors erklärte das nicht. Das Werk zeigte Phänomene wie Veridical Mapping und ausgesprochene Monotropie. Die Texte des Autors entwickeln ihre Aussagen häufig nicht linear von einer These zu einem abschließenden Ergebnis, sondern kreisend, wiederholend und verdichtend. Diese Schreibweise ist deshalb nicht bloß Stil, sondern Teil einer stabilen kognitiven Organisation, die im Werk, in der Biografie und in der Art der Wissensproduktion wiederkehrt. Sie beweist für sich genommen keinen Autismus, bildet jedoch eine weitere, diagnostisch relevante Langzeitspur, die mit Monotropismus, nichtlinearer Bedeutungsbildung und autistischer Kognition in Beziehung gesetzt werden kann.

Hinzu kommt die besondere Arbeitsweise des Autors. Seine Arbeitsfähigkeit ist nicht gleichmäßig verfügbar und auch nicht unabhängig von Zeit, Kontext und Selbstorganisation abrufbar. Sie entsteht

vor allem innerhalb längerer, eigenzeitlich gebundener Phasen, in denen Wahrnehmung, Handlung, Bedeutung und Werkproduktion zu einem kohärenten Prozess verschmelzen. Unter solchen Bedingungen kann über Jahre hinweg eine außergewöhnlich hohe Kontinuität und Produktivität entstehen. Werden diese Prozesse jedoch durch äußere Taktung, häufige Wechsel, fremd gesetzte Ziele oder widersprüchliche institutionelle Anforderungen unterbrochen, kommt es nicht lediglich zu Motivationsverlust oder verminderter Leistung, sondern zu einem deutlichen Einbruch von Energie, Koordination und Handlungsfähigkeit. Diese extreme Abhängigkeit der Leistungsfähigkeit von selbstorganisierter zeitlicher Kohärenz beweist für sich genommen keinen Autismus, stellt aber eine weitere diagnostisch relevante Langzeitspur dar. Sie lässt sich mit Monotropismus, kontextgebundener Funktionsfähigkeit und autistischer beziehungsweise neurodivergenter Eigenzeit in Beziehung setzen und hätte deshalb als Struktur des gesamten Lebens- und Arbeitsverlaufs geprüft werden müssen, statt die sichtbare Werkproduktion pauschal als Gegenargument gegen Behinderung zu lesen, was dann offenbar geschah.

Die folgende Untersuchung fragt daher zunächst nicht, ob der Autor Autist ist. Diese Frage kann und soll von anderen Forschenden anhand der zugänglichen Dokumentation, des Werkes, der Testwerte und des diagnostischen Materials eigenständig beurteilt werden. Soweit dies überhaupt möglich ist. Unabhängig davon, was der Autor selbst glaubt.

Für die wissenschaftliche Einordnung muss jedoch offengelegt werden, wie die Ausgangslage beschaffen war und warum überhaupt eine Autismus-Hypothese bestand.

Für den Autor, der zu Autismus publizierte, erklärte Autismus alles in seinem Leben. Daraus entstand nach 50 Jahren Unkenntnis eine tiefe Lösung jahrzehntelanger Rätsel und Belastungen. Wenn also Neurodivergenz an sich belegt war, also ADHS, warum sollte es dann nicht auch Autismus sein, wenn autistische Merkmale massiv stärker vertreten waren als jene von ADHS? Und wenn es in der Forschung anerkannt die hohe Wahrscheinlichkeit einer Komorbidität gab.

Hier zeigt sich bereits ein Zielkonflikt der Diagnostik selbst, nämlich die Frage, für wen diese eigentlich ist. Wem soll sie nützen? Und was passiert, wenn die Formalismen der Diagnostik an Grenzen stoßen, an denen sie für Betroffene schädlich wirken, weil sie dem klinischen Verwaltungsakt näherstehen als der Realität des Leides der Patient:innen? Wenn die Erklärung der Fachwelt Betroffene letztlich ohne befriedigende Erklärung zurücklässt. Weil das Label in dessen Grenzen wichtiger wird, als das weniger eindeutige Leben selbst.

Untersucht wird hier nun nicht die Frage ob Autismus vorlag, sondern wie die Spezialambulanz aus den vorhandenen Informationen ein diagnostisches Bild erzeugte. Welche Materialien gingen in dieses Bild ein? Welche verschwanden? Welche Bedeutung erhielten die Aussagen des Patienten, und welche Möglichkeit besaß er, Missverständnisse zu erkennen und zu korrigieren, bevor sie sich zu einem abgeschlossenen Urteil verdichteten?

Erst auf dieser Grundlage lässt sich beurteilen, ob der spätere Befund lediglich eine fachlich abweichende Einschätzung darstellte oder ob sich darin ein grundlegenderes Problem der erwachsenen Autismus-Diagnostik zeigte.

Methodische Kennzeichnung der Aussageebenen

> Die vorliegende Studie unterscheidet zwischen dokumentierten Vorgängen, Erinnerungsprotokollen, subjektivem Erleben, wissenschaftlicher Interpretation und politischer Zuspitzung. Schriftlich belegte Vorgänge werden als solche dargestellt. (zitiert) Aussagen aus Gesprächen werden, sofern keine Aufzeichnung vorliegt, als Gedächtnisprotokoll oder sinngemäße Erinnerung gekennzeichnet. Beschreibungen innerer Wirkungen beziehen sich auf das Erleben des Autors. Aussagen über institutionelle Motive, Absichten oder Funktionen werden nicht als erwiesene Tatsachen behandelt, sondern als Hypothesen oder Interpretationen ausgewiesen. Politisch zugespitzte Begriffe wie Skandal, Gewalt, Gaslighting oder institutioneller Selbstschutz bezeichnen analytische beziehungsweise normative Bewertungen der dokumentierten Konstellation und keine Behauptung einer nachgewiesenen individuellen Schädigungsabsicht.

2. Der Zugang zum Verfahren

Am 22. April 2026 erhielt der Autor somit ein Terminangebot der Spezialambulanz für Soziale Interaktion an der Humboldt-Universität zu Berlin.

Der Vorgang war schon statistisch auffällig. Im untersuchten Quartal hatten 1.667 Personen um ungefähr 25 Plätze konkurriert. Selbst unter stark vereinfachten Annahmen lag die Wahrscheinlichkeit, innerhalb von vier Teilnahmen mindestens einmal ausgewählt zu werden, nur bei etwa 5,9 Prozent. Wenn der Zugang tatsächlich mit der vierten Teilnahme zustande kam, entsprach gerade dieses Verlaufsmuster rechnerisch einer Wahrscheinlichkeit von ungefähr 1,4 Prozent. Diese Zahlen können nur eine Annäherung darstellen, weil wesentliche Daten des Verfahrens nicht öffentlich vorlagen: die genaue Zahl der jeweils neu hinzukommenden und ausscheidenden Bewerber:innen, die Veränderung der Kapazitäten zwischen den Quartalen, die Zahl der über die Humboldt an andere Kliniken vermittelten Personen sowie die genaue Gewichtung früherer Teilnahmen. Gerade diese Unklarheiten gehörten bereits zum Kern der vorausgehenden Kritik. Das Losverfahren erschien nach außen als transparentes Gleichheitsverfahren, blieb in seiner konkreten Funktionsweise jedoch weitgehend undurchsichtig.

Die statistische Unwahrscheinlichkeit beweist nicht, dass der Autor gezielt ausgewählt wurde. Sie gewinnt ihre Bedeutung erst im zeitlichen und institutionellen Zusammenhang. Der Zugang erfolgte nicht in einer neutralen Phase, sondern nachdem der Autor die Hochschulambulanz verklagt, ihre Vergabepraxis öffentlich kritisiert, eine umfangreiche Studie über den diagnostischen Notstand veröffentlicht und die Universitäts- und Ambulanzleitung persönlich zur Stellungnahme aufgefordert hatte.

Damit fiel ein Ereignis geringer Eintrittswahrscheinlichkeit mit einer Phase erheblicher institutioneller Irritation zusammen. Ohne eine direkte Kausalität zu behaupten, stellte sich die Frage, unter welchen Bedingungen ein System, das zuvor über lange Zeit stabil nicht reagiert hatte, plötzlich selektiv reagierte.

Der zeitliche Ablauf verstärkte diese Frage. Die Anmeldung zum Losverfahren war am 1. April 2026 erfolgt. In der automatisierten Bestätigung hieß es:

> *„Sofern wir Ihnen einen Platz auf der Warteliste anbieten können, melden wir uns innerhalb der nächsten zwei Wochen bei Ihnen. Sie erhalten eine Rückmeldung mit weiteren Informationen zum weiteren Vorgehen. Sollten Sie innerhalb dieses Zeitraums keine Nachricht von uns erhalten, konnten wir Ihnen in dieser Runde leider keinen Diagnostikplatz anbieten."*

Nach dieser Mitteilung war spätestens ab dem 15. April regulär davon auszugehen, dass kein Platz angeboten worden war. Der Autor hatte sich entsprechend darauf eingestellt, erneut keine Rückmeldung zu erhalten. Erst am 22. April, acht Tage nach Ablauf der von der Ambulanz selbst gesetzten Frist, traf eine E-Mail ein:

> *„Vielen Dank für Ihre Anmeldung zur Autismus-Diagnostik. Um Sie auf die Warteliste aufnehmen zu können, brauchen wir noch einige Informationen. Um diese zu erfragen, würden wir gerne ein kurzes Telefongespräch (ca. 15 Min) mit Ihnen führen. Wir werden Sie in diesem Gespräch nach Geburtsdatum, Versichertenstatus und Anliegen (Diagnostik und/oder Therapie) fragen, sowie einige Fragen zu Ihren Erfahrungen mit Schwierigkeiten in der sozialen Interaktion stellen. Bitte halten Sie für das Gespräch Ihre Krankenkassenkarte bereit."*

Die Kontaktaufnahme wich damit vom Verfahren ab, das die Ambulanz selbst beschrieben hatte. Auch daraus folgt noch kein Beweis einer politischen Intervention. Es lässt sich aber festhalten, dass der Zugang nicht innerhalb des angekündigten regulären Zeitfensters erfolgte und dass die Institution zu diesem Zeitpunkt bereits wusste, dass der Fall gerichtlich, politisch und wissenschaftlich beobachtet wurde.

Dies war mehr als eine formale Unregelmäßigkeit. Das Losverfahren hatte gegenüber den Betroffenen eine klare zeitliche Erwartung hergestellt: Wer innerhalb von zwei Wochen nichts hörte, war ausgeschieden. Die nachträgliche Kontaktaufnahme zeigte, dass diese scheinbar eindeutige Regel tatsächlich durchlässig war. Die Grenze zwischen Auswahl und Nichtauswahl war weniger fest, als sie gegenüber den Bewerber:innen dargestellt wurde. Damit wurde zugleich sichtbar, dass das Verfahren nicht nur durch Zufall, sondern auch durch interne Abläufe geprägt war, die den Betroffenen nicht bekannt waren.

Für den Autor hatte die Nachricht dennoch zunächst nur eine Bedeutung: Nach Jahren des Scheiterns bestand erstmals eine reale Aussicht auf eine anerkannte Diagnostik.

Um zur Diagnostik aufgenommen zu werden, musste er zu einer festgelegten Zeit eine eigens dafür freigeschaltete Telefonnummer anrufen. Wie sich später herausstellte führte diese zu einer Box am Ende eines Ganges, in der nur zum besagten Zeitpunkt eine Person den Hörer abnehmen würde. Die Nummer funktionierte ausschließlich innerhalb des vorgesehenen Zeitfensters. Ein verpasster Anruf hätte möglicherweise bedeutet, den gerade erst erreichten Zugang wieder zu verlieren. So zumindest die subjektive Befürchtung. Was organisatorisch wie ein kurzer und unkomplizierter Erstkontakt erschien, wurde dadurch für den Autor zu einer erheblichen Belastung.

Er schlief in der Nacht zuvor kaum. Die Angst, das Zeitfenster um wenige Sekunden zu verpassen, bestimmte den gesamten Vormittag. Er kontrollierte wiederholt die Uhr, legte an mehreren Stellen

Notizzettel aus und versuchte sicherzustellen, dass kein Gedanke, keine Ablenkung und kein kurzer Blackout dazu führen konnten, den Anruf zu vergessen. Bereits eine Stunde vor dem Termin saß er vor dem Telefon und sah immer wieder auf die Uhr.

Diese Reaktion war nicht bloß Ausdruck allgemeiner Nervosität. Sie entstand aus der objektiven Bedeutung des Zugangs. Der Autor wusste, dass hinter diesem kurzen Telefonat nicht lediglich ein gewöhnlicher medizinischer Termin stand. Von der Diagnostik hingen laufende sozialrechtliche Verfahren, ein möglicher höherer Grad der Behinderung, Nachteilsausgleiche, Teilhabeleistungen und die Anerkennung eines Lebenszusammenhangs ab, der über Jahrzehnte ungeklärt geblieben war. Gleichzeitig wusste er, dass eine neue Chance möglicherweise erst nach Monaten oder Jahren entstehen würde.

Schon an dieser Stelle zeigte sich ein grundlegendes Problem knapper diagnostischer Versorgung: Je seltener der Zugang ist, desto stärker wird jede einzelne organisatorische Handlung mit existenzieller Bedeutung aufgeladen. Ein kurzer Telefontermin, der innerhalb eines funktionierenden Versorgungssystems kaum mehr als eine Formalität wäre, wird unter Bedingungen extremer Knappheit zu einer Prüfung, bei der zumindest subjektiv ein geringfügiger Fehler den Verlust eines kaum wiederholbaren Zugangs bedeuten kann.

Wie aber sollte sich jemand bei dem Druck innerhalb einer Diagnostik normal verhalten? Dies überhaupt anzunehmen erscheint wissenschaftlich bedenklich.

Als der Anruf zustande kam, meldete sich eine Frau, die sich später als studentische Aushilfskraft herausstellte. Sie fragte nach Krankenkassenkarte, Geburtsdatum und weiteren Eckdaten. Anschließend sollte der Autor auf einer Skala von eins bis zehn angeben, wie dringend sein Anliegen sei. Er antwortete mit zehn, der höchstmöglichen Dringlichkeit.

Die in der E-Mail angekündigten Fragen zu seinen Erfahrungen mit Schwierigkeiten in der sozialen Interaktion wurden nach seiner Erinnerung nicht gestellt. Dies irritierte ihn. Zwar war das Gespräch ausdrücklich nur als kurze organisatorische Vorprüfung angekündigt worden. Dennoch stellte sich die Frage, welche Funktion die Dringlichkeitseinschätzung und die angekündigten inhaltlichen Fragen im Auswahlprozess tatsächlich hatten und welche Informationen über den Autor zu diesem Zeitpunkt bereits bekannt waren.

Diese Unsicherheit konnte nicht von der institutionellen Vorgeschichte getrennt werden. Die Hochschulambulanz wusste bereits von der Klage. Die Leitung kannte die vorangegangene Studie. Die Präsidentin der Universität und Prof. Dr. Isabel Dziobek waren persönlich angeschrieben worden. Senat, Beauftragte und internationale Stellen waren informiert. Der Autor wusste hingegen nicht, wer innerhalb der Ambulanz welche Informationen über ihn erhalten hatte, wer die Entscheidung über seine Aufnahme traf und welche Personen später an der diagnostischen Gesamtbeurteilung beteiligt sein würden.

Man sieht schon hier wie stark das Setting einer Ambulanz oder Psychiatrie einen Menschen bereits in einen völlig anderen Deutungskontext zieht. Zuvor als öffentlicher Kritiker aufgetreten, kehrten sich die Verhältnisse nun komplett um.

Dies war eine äußerst ungünstige Situation und für den Autor psychisch stark belastend. Die Humboldt verhielt sich nun so, als sei ihr die institutionelle Vorgeschichte unbekannt; auf den Autor wirkte dies wie eine bewusste Inszenierung von Unwissenheit. Was bedeutet das konkret? Wie sich später herausstellte, war die Vorgeschichte mehreren Personen innerhalb der Ambulanz bekannt. Sie wurde zunächst dennoch nicht angesprochen. Ob darüber intern ausdrücklich entschieden worden war oder ob sie aus anderen Gründen unthematisiert blieb, ist nicht bekannt. Das Verfahren wurde jedenfalls so geführt, als hätte es weder die vorausgehende Klage noch den institutionellen Interessenkonflikt gegeben.

Indem die Humboldt dadurch das Drama im Vorfeld geradezu löschte, marginalisierte sie den Autor. Die einzige erkennbare Reaktion auf das erste Paper bestand in der späteren Einladung zur Diagnostik. Das Verfahren wurde anschließend formal so begonnen, als bestünde keine institutionelle Vorgeschichte. Für den Autor wirkte dies wie eine inszenierte Unkenntnis. Der Autor wechselte von einer Position der scheinbaren Macht in eine der Vulnerabilität.

Dieses Gaslighting wurde vom Autor auch als solches erlebt. Er begann an seinem eigenen Verstand zu zweifeln. An seiner eigenen Wahrnehmung.

Es entstand damit bereits vor dem ersten Diagnostiktermin eine erhebliche epistemische Asymmetrie. Die Institution konnte über Informationen zum Autor verfügen, ohne offenzulegen, welche Informationen intern zirkulierten. Der Autor hingegen musste sich einem Verfahren anvertrauen, dessen personelle und institutionelle Voraussetzungen ihm nur teilweise bekannt waren.

Das Stichwort „Vertrauen“ ist hier zentral. Sowie die Frage, was davon später die Diagnostik beeinflusst haben könnte.

Dies war nicht nur eine Frage subjektiven Unbehagens. Diagnostik beruht wesentlich auf der Annahme, dass Beobachtungen und Bewertungen unter hinreichend kontrollierten Bedingungen entstehen. Wenn die diagnostizierende Institution bereits in einem öffentlichen Konflikt mit der untersuchten Person steht, wird diese Voraussetzung erschüttert. Die Frage lautet dann nicht erst, ob einzelne Diagnostiker:innen bewusst parteiisch handeln. Bereits die ungeklärte Kenntnislage verändert das Setting.

Der Autor wusste zunächst nicht, ob den Diagnostikerinnen die Studie vorlag. Er wusste nicht, ob sie von der direkten Kritik an Prof. Dr. Dziobek wussten. Ebenso wusste er nicht, ob die Leitung an der späteren Fallbesprechung beteiligt sein würde und in welchem Umfang die angekündigten Videoaufzeichnungen eingesehen werden konnten.

Da der Autor einer Videoaufzeichnung zustimmen musste, wusste er trotz Datenschutzerklärung nicht wirklich, wer die Aufnahmen möglicherweise mitverfolgte oder später einsehen konnte. In der bereits konfliktbelasteten Situation entstand bei ihm sogar die Befürchtung, Prof. Dziobek könne das Verfahren unmittelbar beobachten. Für diese Annahme gab es keinen Beleg; sie dokumentiert jedoch, wie stark die fehlende Transparenz das Vertrauen in das Setting bereits beschädigt hatte.

Die Klinik kontrollierte wesentliche Bedingungen des Verfahrens: den Zugang, das Setting, die interne Informationsverteilung, die Videoaufzeichnung und die abschließende Befundformulierung. Für den

Autor entstand dadurch der Eindruck, dass die Institution auch den weiteren Verlauf des Konflikts möglichst unter eigener Kontrolle halten wollte. Ob dies tatsächlich beabsichtigt war, bleibt offen.

Aus Sicht des Autors bestand für die Ambulanz angesichts der vorausgehenden Klage, der öffentlichen Kritik und der angekündigten weiteren Dokumentation ein erhebliches institutionelles und möglicherweise auch rechtliches Interesse am Verlauf des Verfahrens.

Die Institution wusste dagegen, dass der Autor nicht nur Patient war. Er war Kläger, Kritiker, Autor der vorausgehenden Studie und Beobachter des Verfahrens. Er hatte angekündigt, die Reaktion der Humboldt wissenschaftlich zu dokumentieren. Damit begegneten sich zwei Seiten, die einander gleichzeitig untersuchten.

Somit war auch nicht klar, ob die Humboldt extra ein „sicheres Verfahren" wählte, also Methoden, bei denen sie sich nicht exponierte. Es war nicht klar, ob die Kürze des Verfahrens nicht auch dazu diente, dem Autor möglichst wenig Angriffsfläche zu bieten.

Entscheidend ist nicht, ob dies so war, sondern, dass man mit der Möglichkeit einer Verwechslung hier nicht transparent umging. Alles passierte hinter verschlossenen Türen.

Die Ambulanz sollte den Autor diagnostisch beurteilen. Der Autor untersuchte, wie die Ambulanz unter den Bedingungen öffentlicher Kritik, politischer Aufmerksamkeit und bekannter gesundheitlicher Gefährdung mit ihm umgehen würde. Zugleich wussten weitere Institutionen – Gerichte, Senat, Beauftragte und Staatsanwaltschaft – von Teilen des Konflikts und beobachteten ihn auf jeweils eigene Weise.

Alle beobachteten alle. Alle führten Akten, machten Notizen oder erzeugten Dokumente. Im Grunde das Setting eines grotesken Theaters.

Diese Verschachtelung war für den weiteren Verlauf natürlich nicht ohne Wirkung. Sie bedeutete, dass die Diagnostik nicht als isolierte klinische Begegnung verstanden werden konnte. Das Verfahren war bereits Teil eines politischen, juristischen und wissenschaftlichen Konflikts. Trotzdem wurde dieser Konflikt gegenüber dem Autor nicht offen thematisiert. Jedenfalls zunächst nicht.

Das Verfahren wurde formal so begonnen, als handele es sich um eine gewöhnliche, unbelastete diagnostische Situation.

Genau darin lag das erste wissenschaftliche und ethische Problem des eigentlichen Diagnostikverfahrens.

Man kann anmerken, dass auch diese Untersuchung, vom Autor durchgeführt, erhebliche subjektive Dynamiken aufweist. Das ist wahr. Aber gleichzeitig ist sie wissenschaftlich äußerst fruchtbar. Sprich: Sie zeigt erstmals in dieser Form bestimmte Einblicke, die ohne diese provozierte Empirie nicht entstanden wären. Es obliegt der Forschungsszene, dies richtig einzuordnen.

Die institutionelle Vorgeschichte verschwand nicht dadurch, dass niemand über sie sprach. Sie blieb im Raum. Das erzeugte den Anschein von Neutralität, ohne die Voraussetzungen dieser Neutralität zu prüfen.

Eine mögliche Lösung hätte darin bestanden, den Konflikt offen zu benennen, die interne Kenntnislage transparent zu machen und den Autor an eine andere Diagnostikstelle zu vermitteln. Nach der dokumentierten Organisationsstruktur verteilte die Humboldt Bewerber:innen nicht ausschließlich an die eigene Ambulanz, sondern auch an weitere Einrichtungen in Berlin. Es bestand daher zumindest grundsätzlich die Möglichkeit, die diagnostische Untersuchung institutionell von der unmittelbar kritisierten Ambulanz zu trennen. Ob diese Möglichkeit im konkreten Fall geprüft wurde, ist nicht bekannt.

Daraus ergibt sich als nicht belegbare, aber durch die Konstellation aufgeworfene Hypothese die Frage, ob die Leitung ein Interesse daran hatte, das Verfahren innerhalb der eigenen institutionellen Zuständigkeit zu halten. Die vorliegenden Dokumente erlauben hierzu keine Feststellung einer Absicht.

Die Frage bleibt, ob es wichtiger war, Kontrolle zu haben, also über die Diagnose des Autors mitzuentscheiden, oder ob die Beachtung von Befangenheit die Diagnostik beeinflusste. Denn eines war hier bereits klar. Würde die Ambulanz über die Diagnose ihres zu dem Zeitpunkt vermutlich schärfsten öffentlichen Kritikers entscheiden, läge darin unabhängig von der eigentlichen Diagnose, stets die Gefahr, dies als Rache oder als Abwehr, gar als Stigmatisierung eines Menschenrechtlers im Feld der Critical Autism Studies wahrzunehmen. Auch wenn die Humboldt dies nicht beabsichtigt hätte, hätte sie möglicherweise diese Wirkung durch die Diagnose erzielt. Das hätte auch der Präsidentin der Universität klar sein müssen.

Der Autor unterstellt hier keine unmittelbare Absicht, sondern stellt schlicht die Frage, ob man es nicht hätte sehen müssen und warum man nicht anders handelte.

Damit war der Zugang zwar erreicht. Zugleich begann ein Verfahren, dessen Unabhängigkeit von Anfang an nicht geklärt war.

Betrachtet man das Forschungswerk des Autors im Feld Autismus neben dem von Prof. Dziobek, so wird ironischer Weise erkennbar, dass hier auch zwei Lager der Autismusforschung vertreten waren. Es bestand also auch eine epistemische Konkurrenz. Beide Seiten vertraten in der Forschung eine auf vielen Ebenen fundamental gegensätzliche Vorstellung von Autismus.

Das Ganze hatte etwas von einem seltsamen Ringkampf um epistemische Deutungshoheit.

3. Der erste Diagnostiktermin

Am 1. Juni 2026 fand der erste Diagnostiktermin in der Spezialambulanz für Soziale Interaktion der Humboldt-Universität zu Berlin in Adlershof statt. Nach der vorherigen Ankündigung sollte das diagnostische Verfahren aus zwei Terminen bestehen, einem ersten von ungefähr sechs Stunden und einem zweiten von ungefähr vier Stunden. Tatsächlich wurde der erste Termin nach etwa vier Stunden beendet, weil die verantwortliche Diagnostikerin noch einen Anschlusstermin hatte. Der zweite Termin dauerte nur etwa 3 Stunden. Damit begann die Untersuchung bereits unter einer zeitlichen Verdichtung, die für den weiteren Verlauf nicht nebensächlich war. Ein Lebenszusammenhang von mehr als fünf Jahrzehnten, einschließlich einer dreißigjährigen Werk- und Arbeitsgeschichte mit

hoher Autismus-Relevanz, sollte von unterschiedlichen Diagnostikerinnen, von einander zeitlich und räumlich getrennt, innerhalb weniger Stunden erfasst, differenzialdiagnostisch geordnet und in ein klinisches Urteil überführt werden.

Jede einzelne sah und erlebte den Autor in einem extrem kurzen Zeitfenster. Notizen wurden angelegt, die erst sechs Wochen Später in einer Teambesprechung begutachtet wurden.

Hier sei erwähnt, dass Frau Prof. Dziobek bei einem auf Youtube aufrufbaren Vortrag (DPtV-Symposium 2025 – Vortrag Prof. Dr. Isabel Dziobek, hochgeladen am 3.7.2025) erklärt, dass man aus Sorgfalt ca. 5 Termine mit Patienten vereinbare. Hier fanden aber nur zwei statt, wenn man das Abschlussgespräch nicht dazu rechnet.

Der erste Termin wurde von zwei Diagnostikerinnen begleitet. Eine von ihnen war deutlich älter, die zweite befand sich schätzungsweise in den frühen Dreißigern. Die ältere Diagnostikerin (um die 60) führte überwiegend das Gespräch, während beide fortlaufend Notizen anfertigten. Der erste Termin diente überwiegend der Anamnese und der Differenzialdiagnostik.

Der Autor beantwortete zunächst in zwei Durchgängen Fragen auf einem Tablett. Teile dieser Fragen wurden anschließend im direkten Interview erneut gestellt. Ein solches Vorgehen (Multimodale Diagnostik) kann dazu dienen, Unterschiede zwischen standardisierter Selbstauskunft und klinischem Gespräch sichtbar zu machen. Für den Autor blieb jedoch weitgehend unsichtbar, welche Hypothesen aus seinen Antworten entstanden, welche Aussagen als besonders relevant galten und wie die beiden Diagnostikerinnen ihre Beobachtungen untereinander gewichteten.

Er erkannte aber natürlich aus fachlicher Erfahrung welche Differenzialdiagnosen entlang der ICD-10 durchgeführt wurden.

Bereits beim Betreten der Ambulanz befand er sich gleichzeitig in einem Zustand erheblicher Anspannung. Die Diagnose besaß für ihn keine bloß identitätsbezogene Bedeutung. An ihr hingen laufende sozialrechtliche Verfahren, mögliche Nachteilsausgleiche, eine Neubewertung jahrzehntelanger Erwerbsprobleme und die Hoffnung, einen Lebenszusammenhang endlich in einer Form anerkannt zu sehen, die auch gegenüber Behörden Bestand haben konnte. Er litt an massiven Symptomen von dem was er glaubte als autistischen Burnout zu erkennen.

Schon die Begrüßung erlebte der Autor daher als eine Form des Scannens. Er schreckte leicht zurück, blieb steif stehen und reichte zunächst nicht die Hand. Was von außen möglicherweise wie eine kleine soziale Auffälligkeit wirkte, war für ihn selbst Teil einer umfassenderen körperlichen Verkrampfung. Er versuchte gleichzeitig, die Situation zu kontrollieren, die Reaktionen der Diagnostikerinnen zu lesen, nichts Wesentliches zu vergessen und nicht durch die Bedeutung des Termins überwältigt zu werden. Gerade dadurch gingen ihm mehrfach Dinge, die ihn selbst betrafen, verloren, die er eigentlich hätte ansprechen wollen. Ein Grundproblem der Diagnostik.

Als er einen sorgfältig geordneten Ordner mit Unterlagen öffnete, bemerkte die ältere Diagnostikerin:

> *„Ich sehe schon, Sie sind niemand, der leicht Dinge verliert."*

Die Bemerkung war beiläufig, zeigt aber bereits ein Grundproblem diagnostischer Momentaufnahmen. Das sichtbar strukturierte Material konnte als Hinweis auf besondere Ordnung und Zuverlässigkeit

gelesen werden. Unsichtbar blieb zunächst der Aufwand, mit dem diese Ordnung hergestellt worden war, und die Funktion, die sie im Umgang mit Belastung und der Angst vor dem Verlust entscheidender Informationen erfüllte. Ein kompensatorisches System kann im diagnostischen Raum leicht als Gegenbeweis gegen genau jene Schwierigkeit erscheinen, die es kompensiert.

Der Autor hatte ja bereits eine ADHS-Diagnose. Ob der Ordner nun Folge von ADHS oder Autismus wäre, war nur eines dieser leicht verwechselbaren Verhältnisse.

Kurz darauf tätigte der Autor die oben erwähnte Aussage zu den 27 Jahren weitgehender Erwerbslosigkeit, bei gleichzeitig unbezahlter 40-Stunden-Woche im Bereich Kunst und Forschung, über fast drei Jahrzehnte hinweg.

Dies führte zu einem Stocken bei den Diagnostikerinnen. Sie hatten das offenbar nicht erwartet. Die Ältere fragte, wie der Autor dies über so lange Zeit geschafft habe. Er erklärte, eine Zeit lang von einem Erbe, später weit über ein Jahrzehnt von Sozialhilfe (Bürgergeld) gelebt zu haben.

Er hatte auch die Prügelstrafe in englischen Schulen erlebt, sowie massive Gewalt im Bürgergeldsystem.

Er schilderte eine Szene aus der Kindheit, bei der er von der Schuldirektorin ins Büro zitiert wurde und andere Schüler verraten sollte. Er musste sich entscheiden zwischen dem Rohrstock auf der rechten Seite des Schreibtisches der Direktorin einer englischen Schule und einer Schüssel mit Süßigkeiten auf der linken Seite. Der Autor meinte, Belohnung sei ihm als Folge stets verdächtig geblieben. Er wolle sich nicht korrumpieren lassen.

Der Patient erschien zum Termin nicht als leerer Träger von Symptomen, aus dem die Fachleute erstmals Wissen extrahieren mussten. Er erschien als *evidence-bearing patient*, der eine bereits geordnete, publizierte und überwiegend extern überprüfbare Langzeitdokumentation vorlegte. Ein fetter Ordner, drei Paper, drei eigene publizierte Bücher, davon zwei zu Autismus, sowie eine Heilerlaubnis im Feld der Psychotherapie (HPG). Es wurden an die 1000 Seiten an Belegen vorgelegt.

Die jetzt in der Anamnese und Differenzialdiagnostik folgenden Fragen betrafen unter anderem Narzissmus, Zwänge, Angststörungen, depressive Symptomatik und Persönlichkeitsstörungen. Nach dem Eindruck des Autors konzentrierte sich ein erheblicher Teil des Gesprächs auf die Unterscheidung zwischen Depression und Erschöpfung. Dabei entstand bei ihm zunächst der Eindruck, eine klassische depressive Erkrankung werde eher ausgeschlossen.

Die Diagnostikerin bemerkte (Gedächtnisprotokoll): *„Sie scheinen mir keine Depression zu haben."*

Der Autor daraufhin (Gedächtnisprotokoll): *„Nein, ich neige nicht zur Depression. Ich bin massiv erschöpft. Ich werde nicht depressiv, wenn ich mich in meine Arbeit, in mein Spezialinteresse vertiefen kann. Das gibt mir Energie. Umso größer die Krise, umso mehr wird die Arbeit vertieft. Es kommt also weder zu depressiven Gefühlen, noch zu einer Leere. Da ist keine Leere. Da ist auch keine Hypomanie. Auch kein auf und ab. Es ist eine konsistente, hoch konzentrierte Arbeit an sachlichen Problemstellungen. Seit 30 Jahren, ohne Urlaub, im Grunde die ganze Zeit."*

Erschöpfung bedeutete nicht, dass Interesse, Wille oder kognitive Aktivität verschwanden. Vielmehr verlor er die Fähigkeit, Anforderungen außerhalb des eigenen Zusammenhangs zu bewältigen. Gerade

die Arbeit am Werk (die damit verbundenen 27 Jahre weitgehender Erwerbslosigkeit) konnte als letzte verbleibende Regulation fortbestehen, während administrative Aufgaben, soziale Verpflichtungen und fremd strukturierte Tätigkeiten zusammenbrachen. (Spezialinteresse) Eine Diagnostik, die hohe Produktivität automatisch gegen schwere Erschöpfung oder Behinderung rechnet, würde deshalb einen wesentlichen Teil des Funktionsprofils verfehlen. Die Gefahren waren, siehe Anhang 1, bereits im Vorfeld angesprochen worden. Der Autor bemerkte auch, dass ihm vor allem das Aufhören extrem schwerfalle, oder eben Ablenkung von dieser Arbeit, sowie schnelle Wechsel.

Was ihn Antrieb waren die Inhalte seiner Arbeit. Die äußere Anerkennung durfte keine Rolle spielen, wenn er diese Arbeit überhaupt machen wollte. Es ging um Wahrheiten, um Muster, um Strukturen, um wissenschaftliche Rätsel, um künstlerischen Ausdruck, um das Aufzeigen von Problemen. Wer seine Arbeit kannte, konnte das nicht übersehen.

Um diese Struktur sichtbar zu machen, hatte der Autor folgende drei Bücher von ihm mitgebracht: *Speeds Arbeit*, *Denn sie können nicht verstehen* und *Radical Worker*. Er legte sie während des Gesprächs auf den Tisch und erklärte, dass er über selbstbestimmte Arbeit geschrieben habe, weil er selbst nicht anders arbeiten könne. Es ging ihm nicht nur darum, Veröffentlichungen als Leistungen vorzuzeigen. Die Bücher sollten eine über Jahrzehnte stabile Denk- und Arbeitsweise belegen. Da standen also an die 1000 Buchseiten auf dem Tisch der Diagnostikerin. Es waren diagnostisch hoch relevante, fein säuberlich geordnete Datenspuren.

Er übergab auch ein Empfehlungsschreiben von Prof. Ernst-Ulrich von Weizsäcker (Vizepräsident des Club of Rome), mit einem lobenden Zitat zur Arbeit des Autors. Der Autor sagte dazu (Gedächtnisprotokoll): *„Ich gebe Ihnen dies, damit dokumentiert ist, dass die Forschung, die ich leiste, keine Privatforschung im Sinne eines Wahns oder einer Spinnerei ist, sondern real und somit tatsächlich von Menschen in der Forschung rezipiert wird.“*

Dass der Autor dabei ausgerechnet einen der bedeutendsten Wissenschaftler Deutschlands als Beispiel anführte, hatte weniger mit Überhöhung zu tun, sondern schlicht mit dem Fehlen anderer Dokumente. Es erfüllte am pragmatischsten den Zweck einer Referenz, wenn man wie der Autor kein Universitätsdiplom besaß, Autodidakt war und somit keinen Status hatte. Der Autor befürchtete daher, man würde seine Arbeit nicht lesen und im schlimmsten Fall als wirres Geschwafel abtun.

Das Buch *Speeds Arbeit* war in diesem Zusammenhang von besonderer Bedeutung. Das über 500 Seiten umfassende Buch (schwierig mit ADHS allein) dokumentierte über viele Jahre mit immensen Details Konflikte mit Behörden, Armut, institutionelle Gewalt, gesundheitliche Folgen und die fortgesetzte theoretische Verarbeitung dieser Erfahrungen. Für den Autor bestand die diagnostische Relevanz gerade in der Verbindung zweier scheinbar widersprüchlicher Tatsachen: Seit rund 27 Jahren war er nahezu vollständig aus regulärer Erwerbsarbeit ausgeschlossen, hatte aber während desselben Zeitraums mit einem annähernden Vollzeitpensum an einem umfangreichen Werk gearbeitet. Er betrieb das wie einen vollwertigen Job. Und hätte man nicht gewusst, dass er vollkommen verarmt war, hätten wohl wenige am Werk selbst wesentliche Makel jenseits der üblichen Kritik unter Forscher:innen bemerkt.

Die Werkproduktion war für die Diagnostik darum so viel entscheidender als der Hinweis, dass man beispielsweise Bäcker oder Ingenieur war, weil das Werk einen extrem hohen Anteil an in der

Forschung als autistisch gelesenen Mustern enthielt. Das war das, worauf der Autor immerzu hinwies. Die Diagnostiker:innen schienen es aber eher so zu behandeln, als wolle die Person immerzu nur vom eigenen Job reden, als habe das hier nichts verloren. Als wäre es unerwünschtes Infodumping.

Weil der Autor nun mal Künstler war, der in der Öffentlichkeit agierte, war alles, was er vorlegte, eine indirekte Statusdarstellung. Und genau das kollidierte mit seinem tatsächlichen Status als Erwerbsloser.

Das führte zu einem erheblichen Problem. Je mehr der Autor darauf hinwies, man solle doch seine Arbeit ansehen, die aus seiner Sicht hoch autistisch sei, umso mehr wurde dies als Versuch einer Überwertigkeit gelesen.

Der Autor konnte arbeiten, aber nicht beliebig. Er konnte unter selbstbestimmten Bedingungen über Jahre eine außerordentliche Ausdauer entwickeln, während institutionell vorgegebene, fragmentierte oder für ihn sinnlos erscheinende Arbeitsstrukturen wiederholt zum Funktionsverlust führten. Diese Differenz war einer der Gründe, weshalb er die Autismus-Hypothese für erklärungsstark hielt. Sie konnte nicht durch die bloße Feststellung erfasst werden, ein Mensch sei produktiv oder verfüge über hohe sprachliche und kognitive Fähigkeiten.

Die Diagnostikerin nahm die Bücher in die Hand und stellte nach Erinnerung des Autors zunächst fest, dass sie im Eigenverlag erschienen seien. Für ihn war dies kein unbedeutendes Detail. Er kannte die wiederkehrende Erfahrung, dass bei seiner Arbeit zuerst nach institutionellem Status, Verlag, Position oder akademischer Einbindung gefragt wurde und erst danach, wenn überhaupt, nach dem Inhalt. In der konkreten Situation entstand deshalb sofort die Sorge, dass das Werk weniger als biografische und diagnostische Evidenz denn als selbst veröffentlichte Selbstdarstellung wahrgenommen werden könnte.

Hier sei auch zu bedenken, dass Neurodivergente, besonders Autist:innen, von konventionellen Verlagen oft abgelehnt werden, weil sie eben eine komplett andere Schreibweise haben, die für Neurotypische unerträglich sein kann.

Der Autor hatte versucht, dies anhand einer geschilderten Auseinandersetzung mit einem Lektor des Fischerverlages zu erläutern. Der Autor habe laut Lektor massive sachliche Details in einen Roman gepresst und wollte diesen nicht marktförmig glätten. *(Roman: Stieren des Weltdesigners)*

Der Autor sagte selbst daraufhin (Gedächtnisprotokoll): *„Sie sehen, ich habe keinen Status. Es geht um die Inhalte. Dafür lebe ich."*

Die Feststellung des Eigenverlags beweist für sich genommen keine Abwertung. Sie traf jedoch auf eine Lebensgeschichte, in der fehlender institutioneller Status gerade Teil des zu erklärenden Problems war. Die Arbeit war über Jahrzehnte entstanden, obwohl kein Verlag, keine Universität und kein regelmäßiger Arbeitgeber sie trug. Würde gerade diese fehlende institutionelle Anerkennung nun dazu verwendet, den Erkenntniswert des Materials zu mindern, entstünde ein geschlossener Kreis: Das Werk galt nicht als vollwertige Evidenz, weil es außerhalb anerkannter Institutionen entstanden war; zugleich sollte die fehlende institutionelle Einbindung diagnostisch kaum Bedeutung besitzen.

Die Diagnostikerin erklärte schließlich, sie wisse noch nicht, ob sie dazu kommen werde, sich das gesamte Material anzusehen. Es drohte Testimonial Injustice.

In diesem Satz der Diagnostikerin trat ein grundlegender Widerspruch des Verfahrens hervor. Die diagnostische Entscheidung sollte ausdrücklich aus einer Gesamtschau entstehen. Gleichzeitig war bereits beim ersten Termin offen, ob die umfangreichste und am längsten dokumentierte Evidenz des Falls überhaupt gelesen werden konnte. Obwohl der Autor zu Autismus publizierte.

Das Problem bestand nicht darin, dass jede Diagnostikerin mehrere tausend Seiten vollständig durcharbeiten müsse. Wohl aber musste geklärt werden, welche Teile des Materials geprüft, nach welchen Kriterien sie ausgewählt und wie die nicht geprüften Teile in der späteren Aussage über das Gesamtbild berücksichtigt würden.

Andernfalls drohte eine eigentümliche Umkehrung: Nicht das vorhandene Material bestimmte den notwendigen Umfang der Untersuchung, sondern der vorgesehene zeitliche Rahmen bestimmte, welche Realität als diagnostisch verwertbar gelten konnte.

Wie aber sollten dann fünf Jahrzehnte abgebildet werden, die wesentlich davon geprägt waren, dass sich alles um dieses Werk drehte?

Das führte zur Paradoxie, dass das Werk des Autors als Dokumentation über 30 Jahre, samt der öffentlichen Autismusforschung des Autors, eine weit gewichtigere Ansammlung an Evidenz darstellte, als das Setting der Diagnostik. Das war ein erhebliches wissenschaftliches Problem. Denn es gilt in allen Bereichen der Forschung als kritisch, eine Beurteilung mit weniger Evidenz, einer mit deutlich mehr vorzuziehen. Aber dann hätte man den Patienten als Experten in seinem Feld anerkennen müssen. Und sicherlich wäre hier noch die Frage der Qualität, aber genau diese wurde eben offenbar nicht geprüft, indem man die umfassendere Evidenz epistemisch entwertete, um die eigene Institution vor Überforderung zu schützen, wie sich später verdichtet herausstellte. Die Krankenkasse bestimmte entlang des Budgets der Diagnostik, was an Evidenz integrierbar war, nicht das wissenschaftliche Gewissen der Ambulanz.

Es mag sein, dass man bei Kindern und jungen Menschen Autismus überwiegend erst in der klinischen Beobachtung erkennen kann. Bei 50-Jährigen stellt sich die Frage, ob es sich nicht viel stärker im Leben, in der Biografie der Betroffenen zeigt und ob dies nicht die eigentliche Hauptquelle sein sollte. Grenzwertig ist die Vorstellung, im späteren Lebensverlauf spiele die tatsächliche Lebenserfahrung in der Diagnostik kaum eine Rolle.

Neben den Büchern ließ der Autor nun mehrere wissenschaftliche Texte in der Ambulanz. Dazu gehörten *Thinking in Formation: On a Form of Cognition That Produces Knowledge in Process* (Speed 2026) und *Work under Eigenzeit: On the Structure of Eigenzeit-Based Binding and Its Incompatibility with Functional Work Regimes. (Speed 2026)* Beide Arbeiten untersuchten unmittelbar jene Denk- und Arbeitsweise, deren diagnostische Bedeutung im Gespräch geklärt werden sollte. Hinzu kam *A General Theory of Masking*, ein Paper, mit dem der Autor insbesondere die starke Ausrichtung auf Theory-of-Mind-Modelle relativieren und unterschiedliche Relevanzordnungen in neurodivergenter Kommunikation beschreiben wollte.

Damit beabsichtigte der Autor, die aus seiner Sicht in der Humboldt-Ambulanz erkennbare starke Gewichtung sozialer Defizite zu relativieren und das autistische Erleben stärker in den Mittelpunkt zu rücken, anstatt die diagnostische Beurteilung vorwiegend auf von außen beobachtbares Verhalten zu

stützen. In der internationalen Forschung zeigen sich hierbei unterschiedliche theoretische und diagnostische Schwerpunktsetzungen. Während in Deutschland weiterhin stark auf sozialkognitive Defizitmodelle und insbesondere auf Theory-of-Mind-Ansätze zurückgegriffen wird, haben im angloamerikanischen Diskurs Konzepte wie das Double-Empathy-Problem, Masking und Camouflaging eine größere Sichtbarkeit erlangt. Der Autor wollte daher eine Perspektive einbringen, die soziale Interaktion nicht ausschließlich als einseitiges Defizit autistischer Personen versteht, sondern auch wechselseitige Verständigungsprobleme, Kompensationsleistungen und die innere Belastung sozialer Anpassung berücksichtigt.

Er übergab außerdem sein Reifeprüfungszeugnis, das ihn als Schulabbrecher zeigte, der die Matura (Abitur) extern fertig machte, und den Nachweis seiner Erlaubnis zur Ausübung von Psychotherapie nach dem Heilpraktikergesetz. Dies hatte er im Rahmen der Forschung erlangt, um mit Menschen therapeutisch arbeiten zu dürfen, wurde später von Patient:innen aber immer nur mit Eiern und Torten bezahlt, weshalb er die Praxis nicht beruflich vertiefte. Er hatte aber nicht wenig Erfahrung im Feld der Psychotherapie. Damit wollte er verdeutlichen, dass seine soziale Reziprozität nicht außerhalb jeder Lern- und Berufsgeschichte betrachtet werden konnte. Er hatte sich über Jahre professionell mit psychischen Prozessen, Kommunikation und der Wirkung von Sprache beschäftigt. Dass er in einer klar strukturierten diagnostischen Situation differenziert sprechen und auf eine Gesprächspartnerin reagieren konnte, war daher nicht unabhängig von dieser Erfahrung zu bewerten.

Es gibt weltweit nicht wenige autistische Psychotherapeut:innen, was einem hier auch zu denken geben sollte, was die Fähigkeit von Autist:innen angeht, anderen Menschen empathisch zu begegnen. Der Autor war als Intellektueller, als Teil der Kunstszene, selbstverständlich dialogisch und diskursiv hoch bewandert, trat auf Podien auf, sprach bei Kongressen und wusste sich auszudrücken. Es schien später befremdlich, dass die Ambulanz davon ausging, solche Profile könnten nicht auch Autist:innen sein, als habe Intelligenz und Lernfähigkeit praktisch keinerlei Wirkung.

Hier zeigte sich bereits die zentrale Schwierigkeit bei spät diagnostizierten, intellektuell und sprachlich stark kompensierenden Erwachsenen. Das diagnostische Verfahren beobachtet eine Person in einer künstlich hergestellten Situation. Es sieht das Ergebnis jahrzehntelangen Lernens, aber nicht ohne Weiteres dessen Kosten, Entstehungsbedingungen und Grenzen. Gerade Fähigkeiten, die entwickelt wurden, um soziale Unsicherheiten zu kontrollieren, können später als Beleg dafür dienen, dass diese Unsicherheiten nie bestanden hätten.

Der Autor war auf vielen Bühnen aufgetreten, aber er scheiterte regelmäßig daran, dass er das Publikum durch den Bruch mit sozialen Normen irritierte. Er sprach Dinge sehr direkt aus und folgte der wörtlichen Logik. In Italien zerstörte er auf diese Weise die Eröffnungskonferenz eines Innovationszentrums. Einerseits von den Scheinwerfern massiv überreizt und abgelenkt, ließ er jede businessgemäße Geschmeidigkeit vermissen, und argumentierte sprunghaft und viel zu detailreich. Es war im Grunde bezahltes Infodumping, weshalb er der Diagnostikerin gegenüber erwähnte, er würde oft mit dem Vorwurf des Mansplainings unterbrochen, brauche auch immer einen Vorlauf, um zum Punkt zu kommen.

Diese Art der Informationen hätte die Humboldt aus dem Werk des Autors gewinnen können.

Während des Gesprächs blieb für den Autor offen, in welchem Umfang die Diagnostikerinnen diese Zusammenhänge erkannten. Er nahm wechselnde Reaktionen wahr: Irritation über die Menge des Materials, Interesse an einzelnen Punkten, aber auch die Begrenzung durch den vorgesehenen Ablauf. Das verstärkte das Gefühl, dass die Evidenz zwar physisch im Raum lag, aber noch nicht sicher war, ob sie innerhalb der diagnostischen Ordnung einen Platz erhalten würde.

Hinzu kommt, dass eine derart existenziell aufgeladene Situation auch einen Universitätsprofessor ins Stottern bringen würde. ADHS half nicht gerade dabei, dass der Autor vor Ort alles angemessen erklären und darlegen konnte.

Schließlich endete die Differenzialdiagnostik mit einer scheinbaren Fokussierung auf Depression oder Burnout, wobei die Diagnostiker:innen keinen Einblick in ihre Überlegungen gaben.

Trotz der traumatischen Erfahrungen des Autors kam es aus seiner Sicht nicht zu einer ausreichenden Klärung zwischen Traumafolgen und autistischen Symptomatiken. PTBS schien nicht wirklich angesprochen worden zu sein, obwohl der Autor aussagte der Bürgergeldbezug sei im Grunde wie Krieg.

Es hätte fruchtbar sein können, Autismus hiervor abzugrenzen, indem beispielsweise genauer geklärt worden wäre, ab wann genau welche Symptome auftraten. Man hätte sehen können, dass die scheinbar Autistischen sich alle bereits lange vor den traumatischen Erfahrungen gezeigt hatten.

Es wurde aber mit keinem Wort danach gefragt, was der Bürgergeldbezug konkret mit ihm machte.

Doch dann kam es zu einem weiteren entscheidenden Moment. Die ältere Diagnostikerin offenbarte ihr Insiderwissen:

> *„Mir wurde gesagt, dass Sie die Ambulanz verklagt haben."*

Sie lächelte dabei nach Erinnerung des Autors leicht und fragte, ob er erklären könne, weshalb er dies getan habe.

Das erzeugte eine sehr seltsame Stimmung. Die für das ganze Setting vielleicht wichtigste Information kam ganz am Ende der Differenzialdiagnostik. Dem Autor wurde damit gesagt, dass die Diagnostikerin sich bereits im Vorfeld ein Bild gemacht haben musste. Spätestens jetzt wusste auch ihre Kollegin davon.

Die Situation hatte den Autor dazu gezwungen, selbst so zu tun, als wisse er von nichts. Denn er wusste nicht, ob die Diagnostiker:innen Bescheid wussten. Folglich konnte er nicht sagen, ob die Humboldt ihn wegen seiner Klagen und des öffentlichen Drucks auswählten. Da aber nun offenbar alle Bescheid wussten, war klar, dass der Fall im Vorfeld von Frau Prof. Dziobek im Team kommuniziert worden war. Es ist anzunehmen, dass dabei unbewusst irgendeine Form von Abwertung passiert sein könnte. Die Klinik hatte offensichtlich eine Selbstschutzposition eingenommen. Das Setting wirkte daher nun wie Gaslighting.

Das bedeutet, dass der Autor gezwungen war, sich nicht natürlich zu verhalten. Zynischerweise hatte die ältere Diagnostikerin zwischendurch gesagt (Gedächtnisprotokoll): *„Sie wissen doch, Herr Speed, dass Sie sich bei uns nicht verstellen müssen."* Diese Aussage wirkte jetzt umso gruseliger.

Die Frage, warum er die Humboldt verklagt hatte, wirkte nun in zwei Richtungen. Einerseits schien es eine Frage zu sein, die diagnostischen Wert für die Fragende hatte. Gleichzeitig sprach da möglicherweise auch eine Institution, die sich aus der Frage einen strategischen Vorteil im Gerichtsverfahren verschaffen wollte. Tatsächlich irritierte diese Erfahrung den Autor erheblich.

Der Autor erklärte, dass die Klage in den Zusammenhang seiner Forschung gehöre. Er untersuche Prozesse mit Behörden, Gerichten und Unternehmen nicht nur nachträglich, sondern bringe Institutionen durch Anträge, Beschwerden und Verfahren in Situationen, in denen ihre Strukturen unter Druck sichtbar würden. (Provozierte Empirie) Die Klage sei daher sowohl ein Versuch gewesen, einen notwendigen Diagnostikzugang zu erreichen, als auch eine empirische Untersuchung eines Systems, das diesen Zugang für tausende Menschen blockiere.

Im „Gesamtbild" ergab das eine extrem surreale Szene. Sie muss auf die Diagnostiker:innen derart bizarr gewirkt haben, dass spätere Interpretationen einer Selbstüberhöhung hier als Verwechslung erkennbar werden.

Hätte man sich mit dem öffentlichen Werk des Autors befasst, hätte man im Internet nachlesen können, dass dieser als Künstler und Forscher so arbeite, dass dies eine legitime Form der Intervention ist, die der Autor „provozierte Empirie" nannte. Weil man das aber im Rahmen des Konfliktes nicht tat, vielleicht weil man ja den Autor unbewusst auch als Gegner ansah, gelangte man nicht zu einem intellektuellen Verstehen der Arbeitsweise des Autors, wodurch „verrückte Dinge die Künstler tun" immer näher an pathologisierbare Annahmen geriet.

Es war international bekannt und anerkannt, dass der Autor Institutionen provozierte, um daraus Erkenntnisse zu gewinnen, die in Kunst und Forschung verarbeitet wurden. So ist auch dieses Paper entstanden. Das stand auf der Webseite und war an verschiedenen Stellen im Internet nachzulesen, sowie in den Büchern, die er vorgelegt hatte. Es handelte sich also um eine hochprofessionelle Tätigkeit, die ein gelerntes Handwerk erforderte.

Besonders Kulturschaffende werden ausgebildet genau solche Dinge zu tun. Darum besteht auch die Kunstfreiheit.

Die Diagnostikerin zeigte sich zunächst mit dem aufgesetzten Blick einer Therapeutin an den Motiven der Klage interessiert. Der Autor erläuterte daraufhin erneut seine zentrale Kritik am Losverfahren. Die tatsächlichen Zahlen – im dokumentierten Quartal 1.667 Bewerber:innen bei ungefähr 25 Plätzen – müssten auf der Website veröffentlicht werden. Betroffene könnten ihre Chancen sonst nicht realistisch einschätzen. Zugleich würde die Offenlegung politischen Druck erzeugen, weil der diagnostische Notstand dann nicht mehr durch allgemeine Formulierungen über lange und unübersichtliche Wartezeiten verdeckt werden könne.

Die Diagnostikerin nahm die Kritik nach Erinnerung des Autors offen entgegen und erklärte, sie an die Leitung weitergeben zu wollen. Da bleib aber so etwas wie ein angekratztes Ego der Institution zurück. Natürlich war das eine subjektive Wahrnehmung des Autors. Man war jedoch sehr bemüht, umfassend darauf hinzuweisen, was man für Betroffene in der Ambulanz alles tue. Es klang teilweise wie ein Verkaufsgespräch, indem der Autor durch die Diagnostikerin erfahren sollte, dass die Ambulanz nicht so schlimm sei und der Autor da draußen nicht so einen Wirbel machen müsse.

Man rechtfertigte sich.

Natürlich ist das eine Interpretation, aber die Frage bleibt, warum man es für wichtig hielt, dem Autor am Ende einer Diagnostik einen kurzen Vortrag über die ethischen Standards der Ambulanz zu halten, während man ihn gleichzeitig diagnostizierte.

Der Autor bestritt dieses Engagement der Ambulanz nicht. Gerade darin sah er jedoch einen Teil des politischen Problems. Eine hoch engagierte und öffentlich anerkannte Spezialambulanz konnte als Beleg dafür dienen, dass das System sich kümmere, obwohl tausende Menschen weiterhin keinen realistischen Zugang erhielten. Haltung änderte nichts am Leid der Menschen, die keinen Zugang zur Diagnostik erhielten.

Die Diskussion wurde politisch. Man sieht darin, dass beide Seiten um Positionen kämpften.

Die institutionelle Leistung und das strukturelle Versagen schlossen einander nicht aus. Sie konnten sich sogar gegenseitig stabilisieren. Je sichtbarer das Engagement einer einzelnen Ambulanz war, desto leichter konnte die Politik auf dieses Engagement verweisen, ohne die Gesamtversorgung grundlegend zu verändern. Die Institution täte, so der Autor, viel und könnte dennoch Teil einer Struktur bleiben, die den Mangel normalisierte.

Der erste Termin endete damit in einer eigentümlichen Konkurrenz. Die Diagnostikerinnen hatten zahlreiche Fragen gestellt und umfangreiche Notizen angefertigt. Bücher, Zeugnisse und Papers waren übergeben worden. Am Ende hinterließ der Autor auch eine Kopie seines Spielfilms „Transferprotokoll“, welcher später eine größere Rolle in der Diagnostik spielen sollte.

Die Klage und die Kritik am Losverfahren waren ausdrücklich angesprochen worden. Zugleich wusste der Autor nicht, wie sein Material gelesen, wie seine Aussagen intern verdichtet und welche Personen an der späteren Entscheidung beteiligt sein würden.

Das Verfahren hatte begonnen, aber das aus ihm entstehende Bild blieb für die untersuchte Person unsichtbar.

Bereits hier zeigte sich jene Asymmetrie, die im weiteren Verlauf entscheidend werden sollte: Die Diagnostikerinnen konnten ihre Hypothesen fortlaufend prüfen, verändern und in ihren Notizen stabilisieren. Der Autor konnte hingegen nur hoffen, dass seine Aussagen in der Form ankamen, in der er sie gemeint hatte. Genau diese Beurteilungsfähigkeit wurde aber durch die Vorgeschichte des Verfahrens massiv fraglich.

Eine systematische Möglichkeit, die entstehende Interpretation einzusehen und frühzeitig zu korrigieren, war im Verfahren nicht vorgesehen.

4. Der zweite Diagnostiktermin

Der zweite Diagnostiktermin fand am 4. Juni 2026 statt. Also drei Tage später. Er dauerte insgesamt ungefähr drei Stunden und bestand aus zwei deutlich voneinander getrennten Teilen. Im ersten wurde der ADOS-2 durchgeführt, im zweiten folgte ein vertiefendes Interview zu Kindheit, Entwicklung und biografischem Verlauf.

Dies war das absolute Minimum für eine Diagnostik im Bereich Autismus, wenn nicht sogar eindeutig zu wenig.

Es ist anzunehmen, dass auch diese Diagnostikerin wusste, dass der Autor die Humboldt verklagt hatte. Mit der Information wurde ja bereits sehr freizügig umgegangen.

Das lag auch daran, dass der Autor in einer Rundmail bereits vor Wochen alle im Team, deren Emails öffentlich auffindbar waren, über die Studie informiert hatte. Die eine Diagnostikerin bemerkte sie habe die Bücher des Autors schon wo gesehen, erinnere sich aber nicht wo. Das lag vermutlich daran, dass sie Wochen zuvor auf den Webseitenlink in der Mail geklickt hatte, wo sich die Bücher des Autors auf der Startseite befanden. Im Grunde wusste zum Zeitpunkt der Diagnostik, salopp gesagt, die halbe Humboldt, dass der Autor diese verklagt hatte und es diese Studie gab. Auch innerhalb der Führungsetagen der Universität war die Wahrscheinlichkeit hoch. Das ist alles nicht erwiesen, aber es hätte von der Humboldt berücksichtigt werden müssen, dass diese Möglichkeit bestand.

Nun begann in einem weiteren neuen Zimmer, mit einer anderen Diagnostikerin als zuvor, das ADOS-Verfahren.

Der ADOS-2 ist ein standardisiertes Beobachtungsverfahren. Die untersuchte Person wird mit verschiedenen Aufgaben und Gesprächssituationen konfrontiert, während die Diagnostikerin insbesondere Kommunikation, soziale Interaktion, imaginative Fähigkeiten und weitere Verhaltensmerkmale beobachtet. Die einzelnen Aufgaben wirken teilweise spielerisch oder künstlich. Ihre diagnostische Bedeutung liegt weniger darin, ob eine Aufgabe „richtig“ gelöst wird, sondern darin, wie die untersuchte Person mit der Situation, dem Material und der anwesenden Diagnostikerin umgeht.

Für den Autor bestand genau darin ein grundlegendes Problem. Er wusste, dass nicht nur seine Antworten, sondern auch Blickkontakt, Gestik, Gesprächsfluss, wechselseitige Reaktion und die scheinbare Natürlichkeit der Interaktion bewertet würden. Damit geriet er erneut in eine paradoxe Situation: Er sollte sich möglichst spontan verhalten, wusste aber zugleich, dass jede Reaktion beobachtet, codiert und später diagnostisch interpretiert werden konnte. Der Autor hatte in der Forschung zur Geschichte von ADOS publiziert und kannte im Grunde die Methodik. Er wusste, dass Catherine Lord die Gruppe leitete, die damals ADOS entwickelt hatte. Er kannte die ganze Geschichte und weite Teile des Verfahrens, samt der damit verbundenen wissenschaftlichen Kritik.

Gerade bei einer Person, die sich seit Jahrzehnten mit Psychologie, sozialer Kommunikation, Masking und diagnostischen Verfahren beschäftigt hatte, war die Vorstellung einer unbeeinflussten Spontaneität kaum aufrechtzuerhalten. Das wusste auch die Humboldt. ADOS hätte daher eigentlich für ungültig erklärt werden müssen.

Der Autor war vom Verfahren abhängig, konnte also keinen direkten Einwand erheben. Er informierte aber die Diagnosiker:innen darüber, dass ADOS für sein Profil ungeeignet war. Er legte das Buch vor, in dem er mitunter über ADOS publiziert hatte. Er sagte mit Vorlage seines Buches *„Denn sie können nicht verstehen – Warum die Autismusforschung irrt“*, dass er sich in der Materie als Forscher auskennt. Das diagnostische Team hatte das vollständig ignoriert.

Sie ignorierten also trotz umfassender Kenntnis, dass die Untersuchung nicht valide sein konnte.

Der Autor gehörte als 53-Jähriger mit Hochbegabung genau zu jener Gruppe, die von der Forschung dokumentiert, in ADOS gerade häufig nicht als autistisch erkennbar wird. Prof. Dziobek hatte sich hier offenbar, genau ist nicht klar, wer das entschied, festgelegt, das Standardverfahren ohne Rücksicht auf Verluste durchzuziehen.

Zu den Aufgaben gehörte die übliche Bildergeschichte mit fliegenden Fröschen aus dem Buch Tuesday. Der Autor schilderte den Ablauf weitgehend sachlich: Die Frösche flogen, bewegten sich weiter, sahen fern und verschwanden anschließend wieder. Er entwickelte daraus keine stark emotionalisierte oder ausgeschmückte Erzählung, sondern beschrieb, was auf den Bildern geschah.

Eine weitere Aufgabe bestand aus einem Wimmelbild, das eine Karte der Vereinigten Staaten mit zahlreichen Figuren und symbolischen Darstellungen zeigte. Der Autor erkannte zunächst nicht, dass es sich um eine Landkarte handelte. Stattdessen sah er einzelne Figuren, die jeweils isoliert ihrer eigenen Tätigkeit nachgingen. (Bottom-up) Er beschrieb sie als „egomane Figuren“, die jeweils allein ihr Ding machten und sich auf einer noch nicht erkannten Gesamtfläche befanden.

Diese Reaktion war für ihn selbst später bemerkenswert. Er war überrascht, dass er die Karte nicht erkannt hatte, was für Autist:innen nicht untypisch ist, wie bei allem im Verfahren für sich aber nichts beweist. Er zeigte aber eine Wahrnehmung, die zunächst von Details und den Beziehungen einzelner Elemente ausging, während die übergeordnete Gestalt erst verzögert erkennbar wurde. Das Detail trat vor dem Überblick hervor. Die Aufgabe war damit nicht einfach falsch oder ungewöhnlich gelöst worden. Sie produzierte ein konkretes Beispiel dafür, wie der Autor visuelle und soziale Anordnungen zunächst lokal strukturierte, bevor sich eine Gesamtform ergab.

Beim Vormachen des Zähneputzens erklärte er relativ sachlich, wie er systematisch von Zahn zu Zahn vorgehe. Auch hier entstand keine stark performative Darstellung, sondern eine geordnete Beschreibung eines Ablaufs. Davon abgesehen war der Autor auch Schauspieler, was die Humboldt wusste. Insofern war auch diese Darstellung verfälscht.

Bei einer geometrischen Aufgabe sollten einzelne Teile zu einer Figur zusammengefügt werden. Vier Elemente passten nach Auffassung des Autors nicht sinnvoll in die vorgesehene Form. Er legte sie deshalb außen an. Seine Entscheidung folgte einer inneren strukturellen Logik: Wenn die Teile die Geometrie der Figur störten und innerhalb der Form keinen Sinn ergaben, durften sie nicht gewaltsam eingefügt werden. Er musste sie mehr zwanghaft woanders hinlegen.

Gerade diese Reaktion verweist auf eine wiederkehrende Denkweise des Autors. Eine formale Erwartung wurde nicht allein deshalb erfüllt, weil sie offenbar von der Aufgabe verlangt wurde. Entscheidend war, ob die Lösung innerhalb der wahrgenommenen Struktur kohärent blieb. Teile, die nicht passten, wurden nicht durch Anpassung oder Improvisation unsichtbar gemacht, sondern als nicht integrierbar außerhalb der Figur belassen.

Eine weitere Aufgabe bestand darin, aus kleinen Gegenständen eine Geschichte zu entwickeln. Der Autor wählte eine gelbe Feder, einen gelben Würfel, einen Holzstiel und eine Büroklammer. In seiner sehr abstrakten Erzählung stellte die Feder die Frage, was die Gegenstände gemeinsam hätten. Die Büroklammer wurde hinzugeholt, um bei der Lösung zu helfen. Sie konnte jedoch nur zweidimensional sehen und erkannte deshalb den Würfel nicht. Die Feder erklärte ihr, der Würfel sei

gelb und die Büroklammer müsse akzeptieren, dass nicht jedes Objekt von jedem anderen vollständig erkannt werden könne.

Darin gab es keinerlei psychologische oder emotionale Dimension. Die Geschichte wurde als Versuchsanordnung entlang von Logik erzählt. Darüber hinaus reflektierte sie das Setting.

Auch diese Geschichte war nicht beliebig. Sie griff ein Problem auf, das sich durch das gesamte Werk und den aktuellen diagnostischen Konflikt zog: unterschiedliche Erkenntniszugänge, begrenzte Perspektiven und die Unmöglichkeit, dass jede Form jede andere unmittelbar erfassen kann. Aus einer scheinbar spielerischen Aufgabe entstand damit erneut eine Erzählung über epistemische Differenz.

Man muss sagen, dass der Autor als Künstler dazu ausgebildet worden ist, spontan solche Geschichten und Verhältnisse auszudrücken. Dafür braucht man Jahre der Übung und Ausbildung. Was man mit einer Methodik für Kinder davon ableiten wollte, blieb fraglich.

Der Humboldt war auch bekannt, dass der Autor einen Roman publiziert hatte, der wiederum diagnostisch hoch relevant gewesen wäre. Kein Interesse.

Der Autor wusste dennoch nicht, in welchem Umfang solche Inhalte überhaupt ausgewertet wurden. Im späteren Befund standen nicht die besonderen Strukturentscheidungen, die Detailwahrnehmung oder die epistemische Form der Geschichte im Vordergrund. Entscheidend war vor allem, wie er während der Aufgaben mit der Diagnostikerin interagierte. Die Auswertung konzentrierte sich auf Kommunikation und soziale Reziprozität, nicht auf die möglichen kognitiven Muster, die sich in der Bearbeitung selbst zeigten.

Wie gesagt, es gibt sehr, sehr viele autistische Schauspieler:innen, die auf Knopfdruck Rollen spielen können, die keinerlei Autismus erkennen lassen.

Die Situation des Autors, von der die Ambulanz wusste, konnte unmöglich noch authentisch erscheinen. Man hätte daher von externer Beobachtung auf inhaltliche Auseinandersetzung wechseln müssen. Wenn eine tote Fliege auf der Linse des Mikroskops klebt, kann man das, was man dann noch von der Probe erkennt, nicht mehr als wissenschaftlich brauchbar werten.

Durch die Verwendung von ADOS wurde also bereits innerhalb des Verfahrens eine Auswahl getroffen, die wie ein Filter wirkte. Gefiltert wurde nicht Autismus, sondern ein bestimmtes Profil, welches mit Autismus oft assoziiert wird, welches aber Autismus eindeutig nicht ausschließt.

Das Material enthielt mehrere Ebenen: die konkrete Lösung, die Art der Wahrnehmung, die Struktur der Erzählung, die Reaktion auf Inkohärenz und die soziale Interaktion währenddessen. Das diagnostische Raster gewichtete diese Ebenen jedoch nicht gleich. Es privilegierte jene Beobachtungen, für die der ADOS standardisierte Kategorien bereitstellte.

Der Test sah damit nicht einfach, was der Autor tat. Er sah vor allem, was seine Kategorien aus dessen Verhalten lesbar machen konnten.

Der Autor war wie gesagt 53 Jahre alt, sprachlich hoch differenziert und hatte sich über Jahrzehnte mit menschlicher Kommunikation, Psychotherapie, Kunst und institutionellen Konflikten beschäftigt. Er wusste, wie Gespräche geführt werden, wie Reaktionen gelesen und wie Unsicherheiten verdeckt werden konnten. Er hatte selbst therapeutische Erfahrung als Therapierender.

Die zentrale Frage war daher nicht, ob er für einige Stunden einen wechselseitigen Dialog aufrechterhalten konnte. Die Frage war, unter welchen Kosten dies geschah, wie stabil diese Fähigkeit außerhalb der Testsituation war und weshalb sie sich trotz ihrer situativen Sichtbarkeit nicht in eine tragfähige soziale und berufliche Integration übersetzt hatte. Wieso also scheiterte der Autor überall in sozialer Kommunikation? Auch, dass er die Humboldt direkt verklagte, damit alle sozialen Normen und Gepflogenheiten direkt überging, die Senatorin nervte und ohne Anwalt bis zum Bundesverfassungsgericht vordrang, um mit massiven Detailarbeiten eine fundamentale Ungerechtigkeit öffentlich zu machen, hätte Frau Prof. Dziobek zu denken geben müssen. Das alles war nicht untypisch für Autist:innen.

Es ist wichtig, in dieser Untersuchung klar zu sagen, dass zwei Bewegungen erforderlich sind, die man aber in der Bewertung trennen muss. Der Autor muss hier Hinweise auf Autismus klar benennen, die auch im Verfahren vorlagen, oder angeboten wurden. Denn es geht hier um die Frage des Umgangs damit. Das bedeutet aber nicht, dass der Autor diese damit als Beweis für Autismus einführt, sondern er führt sie als Beweis dafür an, dass es konkrete Hinweise gab. Es sind Daten, keine Diagnosen.

Man hatte bis zu diesem Zeitpunkt also im Grunde nur zwei diagnostische Handlungen umgesetzt. Eine Differenzialdiagnose (Anamnese) und ein ADOS-Verfahren. Das ADOS-Verfahren galt in der Wissenschaft als besonders unzuverlässig bei hochbegabten Erwachsenen im höheren Alter. Besonders wenn zusätzlich ADHS mitspielte.

Die Beweislage, welche die Ambulanz methodisch erhob, war also bis hier hin eher dünn.

Nach dem ADOS folgte das sogenannte vertiefende Interview mit einer wiederum anderen, jüngeren Diagnostikerin. Es ging um Kindheit, Entwicklung und die langfristige Ausprägung möglicher autistischer Merkmale. In diesem Gespräch sprach der Autor ausdrücklich seine Sorge an, die Ambulanz könne soziale Interaktion und Theory-of-Mind-Fragen zu stark gewichten, während Monotropismus, Gegenstandsbindung und die Struktur seines Werkes in den Hintergrund träten.

Das beschäftigte ihn auch, weil die Person, die vor ihm saß, mindestens 20 Jahre jünger war und ihm kein Feedback darin gab, ob sie seine Worte verstand. Sie nickte schlicht zu allem. Für Autist:innen mit einem Leben voller sozialer Missverständnisse, ist es extrem belastend, nicht zu wissen, was die andere Person denkt. Das machte die Kommunikation vorhersehbar missverständlich. Im Grunde konnte man dies auch als einen Nachbau der Untersuchung zum Double-Empathy-Problem betrachten.

Damian Miltons (2012) Konzept des Double-Empathy-Problems verschiebt kommunikative Schwierigkeiten von einem einseitigen Defizit autistischer Personen zu einem wechselseitigen Problem unterschiedlich organisierter Erfahrungs- und Bedeutungswelten. Für die Diagnostik folgt daraus eine besondere Schwierigkeit: Missversteht die Diagnostikerin die Relevanzsetzung oder Ausdrucksweise des Patienten, kann genau dieses Missverständnis anschließend als Defizit des Patienten dokumentiert werden. Die institutionelle Position entscheidet dann darüber, wessen mangelndes Verstehen diagnostisch sichtbar wird und wessen Anteil am Kommunikationsbruch unsichtbar bleibt.

Wenn man also eine neurotypische Darlegung autistischer Symptome erwartete, konnte genau das die Intensität und Gewichtung dieser Symptome massiv verzerren. Der Autor hatte zu dieser Problematik ein eigenes Buch (Denn sie können nicht verstehen) geschrieben, indem er die Inkommensurabilität

zwischen Autist:innen und Neurotypischen mit dem Satz einführte: *„Man kann nicht existieren und zugleich verstanden werden."*

Der Autor musste immens viel Energie darauf verwenden, Kontextualisierung zu rekonstruieren und angemessen darzulegen. Im Grunde konzentrierte er sich nur noch darauf. Natürlich wusste er aus langer Lebenserfahrung, wie dieser innere Konflikt nicht nach außen sichtbar werden würde. Kurz: Er überspielte und überdeckte, was er sagte, mit einer anderen Schicht des Wie, wie er es sagte und wie er möglichst seine tatsächlichen Gefühle dabei verbarg.

Man sah hier auch, wie die Humboldt ein Setting erzeugte, in dem Neurodivergente sich verbergen wollen, und sie verbergen sich umso gekonnter, je erfahrener sie darin sind, und umso unerfahrener die Diagnostikerin ist.

Er verwies daher permanent auf das grundlegende Missverhältnis zwischen der vorhandenen Langzeitevidenz und dem diagnostischen Format. Auf der einen Seite standen ungefähr drei Jahrzehnte dokumentierter Arbeits-, Denk- und Werkgeschichte. Auf der anderen standen zwei Termine, Fragebögen, standardisierte Aufgaben und wenig Zeit fürs Interview. Das Problem bestand für ihn nicht darin, dass Interviews und Tests grundsätzlich ungeeignet wären. Es bestand darin, dass sie den umfangreicheren Materialkörper nur ergänzen konnten, nicht ersetzen.

Mit dem Materialkörper meinte der Autor sein Leben an sich. Verstanden wurde offenbar etwas völlig anderes.

Die Diagnostikerin ging auf diesen Einwand nicht vertieft ein. Nach Erinnerung des Autors erklärte sie lediglich, daran könne man leider nichts ändern. Sie sagte damit, man könne nichts daran ändern, dass die Realität im Verfahren nicht abbildbar sei. Das löste im Autor eine gewisse Panikerfahrung aus.

Dieser Satz war in seiner Schlichtheit bedeutsam. Er besagte nicht, dass die Sorge unberechtigt sei. Er besagte, dass der institutionelle Rahmen nicht verändert werden könne. Damit wurde eine mögliche methodische Begrenzung anerkannt, ohne dass daraus eine Konsequenz für die Reichweite des späteren Urteils folgte.

Auch war komplett unklar, ob die Diagnostikerin **Anhang 1** gelesen hatte. Denn ihre Fragen gingen auf die darin aufgelisteten Merkmale nicht ein. Es schien, dass sie Anhang 1 entweder nicht gelesen hatte oder es nicht für sinnvoll hielt, dieses Vorwissen in die Fragestellung zu integrieren. Dies erkannte der Autor daran, dass die Diagnostikerin den Begriff „veridical mapping", der in Anhang 1 gleich zu Beginn erläutert wird, offenbar nicht kannte oder nicht richtig verstand.

Der Autor hatte versucht, ihr die Bedeutung dieser Denk- und Wahrnehmungsstruktur (Hyper-Systematisierung/Baron-Cohen) in der Autismusforschung zu erläutern, aber sie nickte immer nur und stellte dazu keine vertiefenden Fragen, obwohl es sich um ein zentrales Element autistischer Kognition handelte.

Wenn das Verfahren bestimmte Lebensbereiche aufgrund seiner zeitlichen und methodischen Struktur nicht ausreichend erfassen konnte, hätte dies eigentlich zu einer Begrenzung der diagnostischen Aussage führen müssen. Stattdessen blieb die Erwartung bestehen, aus dem begrenzten Verfahren dennoch eine abschließende Gesamtbeurteilung ableiten zu können.

Der Autor erlebte auch diesen Termin daher als industriell. Nicht weil die Diagnostikerinnen notwendig desinteressiert oder unfreundlich gewesen wären, sondern weil der Ablauf bereits feststand, bevor bekannt war, welche Komplexität der konkrete Fall mitbringen würde. Aufgaben, Frageblöcke, Zeitfenster und Auswertungskategorien bildeten eine Produktionslinie, durch die unterschiedliche Biografien in vergleichbare diagnostische Einheiten überführt wurden.

Es entstand eine Situation massiver Entfremdung.

Standardisierung ist für Diagnostik notwendig. Ohne gemeinsame Kriterien ließen sich Beobachtungen kaum vergleichen. Sie erzeugt jedoch ein Problem, wenn die Vergleichbarkeit wichtiger wird als der Gegenstand selbst. Dann wird nicht mehr gefragt, welche Form der Untersuchung dieser Fall benötigt, sondern ob der Fall in das vorhandene Untersuchungsformat passt.

Für den Autor blieb während des gesamten Gesprächs das Gefühl bestehen, nur einen kleinen Bruchteil seiner Biografie unterbringen zu können. Jede Antwort musste mehrere Jahrzehnte, unterschiedliche Lebensphasen und wiederkehrende Strukturprobleme in wenige Sätze verdichten. Während die Diagnostikerin einzelne Aspekte notierte, konnte er nicht sehen, wie diese Notizen formuliert wurden, welche Zusammenhänge erhalten blieben und welche durch die Verkürzung verloren gingen.

Das Problem war nicht nur die begrenzte Zeit. Es fehlte ein Rückkopplungsverfahren. Der Autor konnte auf Fragen antworten, aber nicht prüfen, welche diagnostische Aussage aus seiner Antwort entstand. Er konnte zusätzliche Informationen anbieten, wusste jedoch nicht, ob diese als relevant, nebensächlich oder widersprüchlich eingeordnet wurden. Die Hypothesen der Diagnostikerinnen blieben unsichtbar, während seine Aussagen fortlaufend in deren Modell eingingen.

Damit bestand keine Gleichheit der Erkenntnismittel. Die Diagnostikerinnen konnten Beobachtungen sammeln, miteinander besprechen und später korrigieren. Der Autor konnte dagegen weder die entstehenden Notizen noch deren Interpretation kontrollieren. Er war anwesend, aber nicht am Prozess der Bedeutungsbildung beteiligt.

Gerade bei einer Autismus-Diagnostik ist diese Asymmetrie problematisch. Untersucht werden unter anderem Kommunikation, soziale Bedeutung, Perspektivübernahme, Relevanzsetzung und biografische Kontinuität. Wenn genau in diesen Bereichen Unterschiede zwischen Patient und Diagnostikerin bestehen, können Missverständnisse nicht als bloße Nebengeräusche behandelt werden. Sie sind selbst Teil des diagnostischen Risikos.

Eine verkürzte Antwort kann als fehlendes Merkmal notiert werden. Eine unpassend formulierte Frage kann eine scheinbar eindeutige Antwort erzeugen. Ein später erläutertes Beispiel kann von einer früher bereits entstandenen Hypothese überlagert werden. Ohne Einsicht und Korrektur weiß die untersuchte Person nicht, an welcher Stelle das diagnostische Bild von ihrem tatsächlichen Leben abzuweichen beginnt.

Ist die Diagnostikerin extrem jung, kann mangelnde Lebenserfahrung zu einer erheblichen Fehlinterpretation der Lebensverhältnisse eines 53-Jährigen führen.

Man muss hier generell die Frage nach der wissenschaftlichen Brauchbarkeit des ganzen Interviews stellen. Wie konnte man in diesem Gesamtkontext überhaupt davon ausgehen, es zeige sich darin authentische und gerade nicht verzerrte Evidenz?

Auch wenn es sich nicht um den Autor gehandelt hätte, mit jener dramatischen Vorgeschichte, würde allein die jahrelange Wartezeit auf diesen Termin, der Mangel an Alternativen die Objektivität der Messungen stets einer durch Druck und existentielle Not bedingten Verzerrung aussetzen.

Am Ende des zweiten Termins wurde dem Autor mitgeteilt, dass noch telefonische Fremdanamnesen stattfinden sollten. Befragt wurden seine Partnerin und eine befreundete Psychotherapeutin, die ihn seit vielen Jahren kannte und mit autistischen Menschen arbeitete. Anschließend sollte das Material in einer Teambesprechung ausgewertet werden. Innerhalb von ungefähr drei Wochen sei mit einem Rückmeldegespräch zu rechnen.

Damit war die aktive diagnostische Untersuchung zunächst abgeschlossen.

Der Autor verließ die Ambulanz jedoch nicht mit dem Gefühl, sein Leben umfassend dargestellt zu haben. Er hatte vielmehr das Gefühl, eine große Menge an Material in ein Verfahren eingebracht zu haben, ohne zu wissen, welche Teile davon tatsächlich weitergetragen wurden. Die Diagnostik hatte zahlreiche Daten erzeugt. Ob diese Daten seinen Lebenszusammenhang abbildeten oder bereits ein von ihm nicht mehr korrigierbares Ersatzbild erzeugten, blieb offen.

Nun begann eine weitere Phase des Wartens. Die Entscheidung über sein Leben verlagerte sich in eine interne Teambesprechung, an der er nicht beteiligt war und deren Zusammensetzung, Materialien und Abwägungen ihm nicht offengelegt wurden. Die Person verließ das Verfahren; ihre Daten blieben zurück.

Insgesamt war das „vertiefenden Interview“ unbefriedigend dünn. Es war keine Analyse in der man die Kindheit durchforstet, sondern ein kaltes Abfragen von Standardformaten, in einem Leben in dem zugespitzt fast nichts Standard war.

5. Fremdanamnese und weitere Nachreichungen

Nach Abschluss der beiden Untersuchungstermine verlagerte sich das Verfahren zunächst aus dem direkten Kontakt mit dem Autor in die Fremdanamnese und die interne Auswertung. Die Spezialambulanz kündigte an, mit seiner Partnerin und mit einer befreundeten Psychotherapeutin zu sprechen, die ihn seit mehr als zehn Jahren kannte und beruflich mit autistischen Menschen arbeitete. Erst danach sollte das Material in einer Teambesprechung zusammengeführt und eine diagnostische Entscheidung getroffen werden.

Die Fremdanamnese besaß im vorliegenden Fall eine besondere Bedeutung. Der Autor war zum Zeitpunkt der Untersuchung in einem Alter, in dem frühkindliche Zeugnisse nicht mehr vorhanden waren. Erinnerungen an einzelne Entwicklungsphasen konnten nicht lückenlos rekonstruiert werden, und Eltern oder andere Angehörige, die zuverlässig über die frühe Kindheit hätten berichten können, standen nicht zur Verfügung. Damit wurde die Frage wichtig, wie sich langfristige Muster zumindest aus späteren Lebensabschnitten, engen Beziehungen und jahrelanger Beobachtung rekonstruieren ließen.

Die Partnerin kannte nicht nur einzelne soziale Situationen, sondern den Alltag des Autors, seine Arbeitsweise, seine Krisen, seine Erschöpfungszustände und die Bedingungen, unter denen er

funktionierte oder zusammenbrach. Die befreundete Psychotherapeutin kannte ihn ebenfalls seit vielen Jahren und verfügte zusätzlich über fachliche Erfahrung mit Autismus. Beide konnten daher eine Form von Langzeitbeobachtung einbringen, die innerhalb der wenigen Stunden in der Ambulanz nicht hergestellt werden konnte.

Gerade darin lag die Funktion einer Fremdanamnese: Sie sollte die klinische Momentaufnahme durch Erfahrungen aus dem Alltag ergänzen. Sie konnte sichtbar machen, ob ein Verhalten nur unter Testbedingungen auftrat oder über Jahre hinweg in unterschiedlichen Situationen wiederkehrte. Sie konnte außerdem Hinweise darauf geben, wie stark Masking, Kompensation und situative Anpassung die Wahrnehmung in einer kurzen diagnostischen Begegnung verzerrten.

Nach dem Gespräch berichtete die Partnerin, sie habe sich bei der Befragung unwohl gefühlt. Die Fragen hätten überwiegend auf Defizite gezielt. Dadurch sei ein Bild entstanden, in dem sie fortlaufend Probleme, Einschränkungen und Auffälligkeiten des Autors benennen sollte, während andere Seiten der Beziehung und seiner Person kaum Raum erhielten. Sie fühlte sich dabei gehemmt.

Dieses Unbehagen ist für die diagnostische Auswertung nicht nebensächlich. Fremdanamnestische Interviews sind keine neutralen Fenster auf eine Person. Die Art der Fragen strukturiert, was überhaupt erinnerbar und berichtbar wird. Wird fast ausschließlich nach Schwierigkeiten, Versagen, sozialer Unangemessenheit oder belastendem Verhalten gefragt, entsteht zwangsläufig ein defizitorientierter Datensatz. Das kann diagnostisch notwendig sein, weil klinische Kriterien auf Beeinträchtigungen und Symptome bezogen sind. Es kann aber zugleich die Beziehung zwischen befragter Person und Patient belasten und ein Bild erzeugen, das stärker durch die Logik des Instruments als durch die tatsächliche Gesamtbeziehung geprägt ist.

Außerdem können Personen in einer Liebesbeziehung dazu neigen negative Aspekte zu marginalisieren. Bewusst oder unbewusst.

Es werden durch das Setting Inhalte künstlich kontextualisiert, was Inhalte nun mal verzerrt.

Die Partnerin geriet damit in eine schwierige Rolle. Sie sollte möglichst offen über belastende Merkmale berichten, wusste aber zugleich, dass ihre Aussagen in ein Urteil eingehen würden, das für den Autor erhebliche gesundheitliche, rechtliche und soziale Folgen haben würde. Eine zu vorsichtige Antwort konnte als fehlende Bestätigung autistischer Merkmale gelesen werden. Eine ausführliche Darstellung von Schwierigkeiten konnte wiederum ein entwürdigend defizitäres Bild erzeugen, das der Beziehung nicht gerecht wurde.

Die Ambulanz wusste, dass die Partner:in von ADHS betroffen war. Auch das spielte eine Rolle, von der nicht klar war, ob sie im Anschluss beachtet wurde. Gerade im Kontext von ADHS ist die Zusammenstellung von Datenkontexten unter Erwartungsdruck nicht unproblematisch.

Am 17. Juni 2026 fand das Gespräch mit der befreundeten Psychotherapeutin statt. Sie kannte den Autor seit mehr als zehn Jahren, arbeitete selbst mit autistischen Menschen und wurde nach seiner Dokumentation auch um eine fachliche Einschätzung gebeten. Ihre Einschätzung bejahte Autismus.

Sie sagte (Gedächtnisprotokoll): *„Was denn sonst, außer Autismus! Ich sehe keine andere Erklärung.“*

Damit lag der Spezialambulanz nicht nur eine positive Selbsteinschätzung des Autors vor. Eine psychotherapeutisch qualifizierte Person mit langjähriger persönlicher Kenntnis und Erfahrung im Autismusfeld vertrat ebenfalls die Auffassung, dass die Autismus-Hypothese zutreffe. Diese Einschätzung war keine formell anerkannte fachärztliche Diagnose. Die Psychotherapeutin hatte kein genormtes Prüfverfahren umgesetzt. Ihre Darlegung war jedoch als Langzeitbeobachtung und fachliche Fremdeinschätzung von erheblichem Gewicht. Die Therapeutin hatte den Autor über Jahre in Konfliktsituationen erlebt. Es lagen aus ihrer Sicht als psychologische Psychotherapeutin massive Hinweise auf Autismus vor.

Insgesamt waren an dem Verfahren nach der Dokumentation mindestens fünf psychotherapeutisch qualifizierte Personen beteiligt, darunter mehrere promovierte Fachpersonen. Zwei Diagnostikerinnen führten den ersten Termin durch, eine weitere den vertiefenden Interviewteil, eine ADOS. Hinzu kamen die befreundete Psychotherapeutin und weitere an der Teambesprechung oder am Befund beteiligte Personen. Welche Personen letztlich an der Entscheidung mitwirkten, wie ihre Einschätzungen gewichtet wurden und ob Prof. Dr. Isabel Dziobek selbst an der Fallbesprechung beteiligt war, wurde dem Autor nicht transparent offengelegt. Sie unterschrieb aber das Gutachten.

Diese fehlende Transparenz wurde umso bedeutsamer, je stärker sich die einzelnen Informationsquellen voneinander unterschieden. Auf der einen Seite standen wenige Stunden direkter Beobachtung durch die Ambulanz. Auf der anderen Seite standen die Selbstauskünfte des Autors, die jahrzehntelange Werkdokumentation, hohe Screeningwerte, die Einschätzung der Partnerin und die fachlich positive Beurteilung einer Psychotherapeutin mit langjähriger Kenntnis.

Eine Gesamtschau hätte nicht nur bedeutet, diese Quellen nebeneinander aufzulisten. Sie hätte zeigen müssen, wie Unterschiede in Nähe, Dauer, Fachlichkeit und möglicher Verzerrung berücksichtigt wurden. Eine Diagnostikerin, die eine Person wenige Stunden erlebt, besitzt einen anderen Zugang als eine Partnerin, die sie täglich kennt. Eine enge Bezugsperson kann emotional beteiligt und dadurch in ihrer Wahrnehmung beeinflusst sein. Umgekehrt kann eine klinische Beobachterin durch die Künstlichkeit der Testsituation, Zeitdruck und theoretische Vorannahmen verzerrt sein. Keine dieser Perspektiven ist automatisch objektiv. Ihre jeweiligen Begrenzungen müssten symmetrisch behandelt werden.

Wir sprechen hier nicht von Erfordernissen im klinischen Alltag, sondern von wissenschaftlicher Redlichkeit. Am Ende muss Zweiteres dominieren.

Im späteren Befund wurde bei der Fremdanamnese ausdrücklich darauf hingewiesen, dass sie auf der subjektiven Einschätzung einer Bezugsperson beruhe und deshalb im Zusammenhang mit den übrigen diagnostischen Verfahren zu interpretieren sei. Das galt selbst für deren Kollegin.

Diese Einschränkung ist grundsätzlich nachvollziehbar. Auffällig ist jedoch die Asymmetrie, die sich daraus ergeben kann: Die langjährige Wahrnehmung einer Bezugsperson wird ausdrücklich als subjektiv relativiert, auch wenn es eine Fachkraft ist, während die klinische Einschätzung der Diagnostikerinnen als neutraler Bestandteil der Gesamtschau erscheint.

Auch die klinische Beobachtung ist jedoch eine subjektgebundene Interpretation. Sie wird durch Ausbildung, Erfahrung, diagnostisches Modell, zeitliche Begrenzung und Erwartungen geprägt. Der

Unterschied besteht nicht darin, dass die Bezugsperson subjektiv und die Fachperson objektiv wäre. Der Unterschied besteht darin, dass die fachliche Perspektive institutionell autorisiert ist.

Gerade deshalb hätte der Befund offenlegen müssen, weshalb die langjährigen Fremdbeobachtungen gegebenenfalls geringer gewichtet wurden als die kurze klinische Begegnung. Ohne diese Begründung wird „Subjektivität" zu einem Etikett, das vor allem jene Evidenz schwächt, die dem späteren Urteil widerspricht.

Der damit verbundene Arbeitsaufwand darf bei einer derart wichtigen Diagnose nicht der bestimmende Faktor sein, oder die Diagnose führt sich selbst ad absurdum. Klinisch korrekt aber wissenschaftlich falsch ist kein hinnehmbarer Zustand.

Im späteren Gutachten wurde nicht erwähnt, dass die befreundete Psychotherapeutin sich klar für Autismus ausgesprochen hatte. Die Kollegin wurde lediglich als „Bekannte" gelistet und somit epistemisch entwertet. Kein Wort davon, dass es sich um eine approbierte psychologische Psychotherapeutin handelte, die über Jahre mit Autist:innen arbeitete.

Während die Fremdanamnesen liefen, übermittelte der Autor weitere Informationen an die Ambulanz. Dazu gehörte der Hinweis, dass bei seiner Geburt eine geschlossene Fontanelle festgestellt worden sei und sein Kopfumfang ungefähr 62 bis 63 Zentimeter betrage. Diese Angaben besaßen für sich genommen keine eindeutige diagnostische Bedeutung. Sie zeigen aber, wie intensiv der Autor versuchte, auch ungewöhnliche biografische und körperliche Hinweise in das Verfahren einzubringen.

Darüber hinaus lagen der Ambulanz frühere Screeningwerte vor, die alle massiv für Autismus sprachen:

- AQ: 42 von 50;
- AQ-10: 9 von 10;
- RAADS-R: 190 von 240;
- RBQ-2A: 43;
- Aspie-Quiz: 161;
- CAT-Q: 167 von 175;
- EDA-QA: 40 von 78.

Diese Werte waren keine Diagnose. Selbst hohe Screeningwerte können durch andere psychische Belastungen, Antwortstile oder Überschneidungen mit ADHS und weiteren Störungsbildern beeinflusst sein. In ihrer Gesamtheit stellten sie jedoch ein starkes und über mehrere Instrumente hinweg konsistentes Signal dar. Besonders der CAT-Q-Wert deutete auf ein außergewöhnlich hohes Maß an Masking hin. Der RBQ-2A wiederum bezog sich gerade auf repetitive und eingeschränkte Verhaltens- und Interessenmuster, also auf jenen Bereich, der später im Rückmeldegespräch als nicht ausreichend vorhanden bewertet wurde.

Die Screeningwerte mussten daher nicht einfach als Beweis übernommen werden. Sie erzeugten aber einen erheblichen Erklärungsbedarf.

Wenn sie Hinweise auf etwas anderes als Autismus sein sollten, dann musste man schon erklären können, was die konkreten Antworteten denn an Alternative belegten, wenn sie weit über dem Cut-off lagen.

Breitet man allein die verschiedenen Fragebögen und Testinstrumente gedanklich auf dem Boden aus, ergibt sich eine außerordentliche Dichte an Fragen zum Leben des Betroffenen. In ihrer Summe erfassen sie weit mehr einzelne Situationen, Erinnerungen, Verhaltensweisen und innere Reaktionen, als innerhalb der wenigen Stunden des klinischen Interviews überhaupt abgefragt werden konnten. Die Antworten bezogen sich auf soziale Kommunikation, Masking, repetitive Interessen, Routinen, sensorische Besonderheiten, Autonomie, Erschöpfung und die langfristige Organisation des Alltags. Sie bildeten damit keinen einzelnen flüchtigen Eindruck, sondern ein über zahlreiche Items erzeugtes Muster.

Keiner dieser Fragebögen beweist für sich allein Autismus. Selbst hohe Werte können durch Symptomüberschneidungen, psychische Belastung, soziale Angst, negative Selbstbewertung oder eine unspezifische Antworttendenz beeinflusst werden. Beim AQ können etwa ADHS und generalisierte Angst erhöhte Werte erzeugen.

Das bedeutet aber **nicht**, dass man sieben stark auffällige Ergebnisse unterschiedlicher Instrumente pauschal mit zwei Alternativetiketten weg erklären kann.

Die einzelnen Werte

AQ 42/50 und AQ-10 9/10

Das sind sehr hohe Werte. ADHS kann den AQ erhöhen, weil sich einzelne Fragen auf Aufmerksamkeit, soziale Schwierigkeiten, Gesprächssteuerung und Organisationsprobleme beziehen.

Bei **42 von 50** müsste aber konkret gezeigt werden:

- Welche Antworten sollen durch ADHS erklärt sein?
- Welche durch eine Persönlichkeitsakzentuierung?
- Welche betreffen dagegen sensorische, kommunikative, imaginative oder repetitive Merkmale, die durch diese Erklärungen nicht ohne Weiteres abgedeckt sind?
- Wie erklärt das Alternativmodell, dass auch der AQ-10 mit 9 von 10 nahezu maximal ausfällt?

Die spätere Andeutung „AQ kann bei ADHS erhöht sein“ ist korrekt. Daraus folgt nicht: „Ein AQ von 42 ist durch ADHS erklärt.“

RAADS-R 190/240

Auch dieser Wert ist massiv erhöht. Die ursprüngliche Validierungsstudie setzte den Schwellenwert bei 65 an und berichtete eine sehr hohe Sensitivität und Spezifität. Diese ursprünglichen Werte haben sich in realen klinischen Populationen allerdings nicht bestätigt; dort können auch Personen mit anderen psychiatrischen Diagnosen sehr hoch abschneiden.

Gerade deshalb darf 190 nicht als Beweis behandelt werden. Aber ebenso wenig darf es ohne Analyse bedeutungslos gemacht werden. Der RAADS-R erfasst nicht nur allgemein soziale Unsicherheit, sondern auch lebenslange soziale Bezogenheit, Sprache, sensorisch-motorische Besonderheiten und umschriebene Interessen. Um den Wert durch ADHS und Persönlichkeitsmerkmale zu erklären,

müsste die Ambulanz zeigen, **welche Subskalen** erhöht waren und welches Alternativmodell gerade die entwicklungsbezogenen, sensorischen und repetitiven Antworten trägt.

Eine Persönlichkeitsakzentuierung kann etwa zwischenmenschliche Konflikte, Selbstbild, Empfindlichkeit oder soziale Strategien beeinflussen. Sie erklärt aber nicht automatisch lebenslange sensorische Besonderheiten, insistierende Gleichförmigkeit, repetitive Regulation oder außergewöhnlich stabile Spezialinteressen.

RBQ-2A 43

Der RBQ-2A misst eingeschränkte und repetitive Verhaltensweisen, Routinen, sensorische Interessen und Widerstand gegen Veränderungen. Gerade dieser Wert ist für die pauschale ADHS-Erklärung schwierig. ADHS kann Hyperfokus, Gewohnheiten, emotionale Dysregulation und Schwierigkeiten mit Wechseln umfassen. Klassischerweise wird ADHS jedoch eher mit Ablenkbarkeit, wechselnder Aufmerksamkeit und mangelnder Aufrechterhaltung von Routinen verbunden. Ein stark erhöhter RRB-Wert verlangt daher eine differenzierte Prüfung der konkreten Antworten.

Auch eine narzisstische Akzentuierung erklärt repetitive Verhaltensweisen und sensorisch-regulatorische Muster nicht als Gesamtkomplex. Hier müsste ein belastbares Persönlichkeitsmodell vorgelegt werden, nicht bloß das Wort „Persönlichkeit".

CAT-Q 167/175

Dieser Wert liegt nahezu am Maximum. Der CAT-Q ist allerdings kein spezifischer Autismusnachweis. Er misst selbstberichtete Kompensation, Maskierung und Assimilation. Neuere Forschung zeigt, dass Camouflaging auch bei ADHS, sozialer Angst und anderen psychischen Belastungen auftreten kann.

Ein hoher CAT-Q-Wert kann nicht einfach mit „deshalb Autismus" gleichgesetzt werden.

Aber **167 von 175** ist nicht nur „etwas Masking". Es beschreibt eine fast durchgängige Zustimmung zu sehr vielen Kompensations- und Anpassungsstrategien. Eine ernsthafte Alternativerklärung müsste deshalb beantworten:

> Was genau wird über Jahrzehnte hinweg in diesem extremen Umfang kompensiert?

ADHS kann erklären, dass jemand Unaufmerksamkeit, Impulsivität oder organisatorische Schwierigkeiten verbirgt. Eine Persönlichkeitsproblematik könnte soziale Impressionsteuerung oder Selbstpräsentation beeinflussen. Aber damit wäre noch nicht erklärt, warum das gesamte Antwortmuster gerade ein sehr umfassendes Camouflaging sozialer Andersartigkeit abbildet. Man müsste die CAT-Q-Subskalen – Kompensation, Masking und Assimilation – einzeln betrachten und mit der Biografie verbinden.

EDA-QA 40/78

Dieser Wert ist wesentlich weniger spezifisch. Der EDA-QA misst extreme Anforderungsvermeidung beziehungsweise ein PDA-nahes Profil. Die zugrunde liegende Studie zeigte Zusammenhänge nicht nur mit autistischen Merkmalen, sondern auch mit negativem Affekt, Antagonismus, Enthemmung und psychotizismusnahen Persönlichkeitsdimensionen.

Dieser Wert könnte daher tatsächlich leichter mit ADHS, Angst, Autonomieproblemen, Belastung und bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen zusammenhängen. Er ist für die Autismusfrage eher ergänzend und sollte keinesfalls so stark gewichtet werden wie die Langzeitbiografie, das RRB-Profil oder eine sorgfältige Entwicklungsanamnese.

Aspie-Quiz 161

Das Aspie-Quiz ist kein klinisch etablierter Diagnosetest im selben Rang wie standardisierte Instrumente. Es entstand als breiteres Instrument zur Erfassung neurodivergenter beziehungsweise autistischer Merkmale und folgt teilweise einem anderen theoretischen Modell. Es kann als Hinweis oder explorative Ergänzung dienen, besitzt aber nicht die diagnostische Autorität, die manche Internetdarstellungen suggerieren.

Diesen Wert könnte eine Klinik mit guten Gründen schwächer gewichten. Sie dürfte ihn aber als Teil eines konsistenten Gesamtmusters erwähnen.

Eine fachlich legitime Position könnte sein:

> Die Selbstbeurteilungsinstrumente zeigen ein stark autismusnahes Erleben, besitzen in psychiatrischen Populationen jedoch begrenzte Spezifität. Einzelne Erhöhungen können durch ADHS, soziale Belastung, Angst, Camouflaging und Persönlichkeitsfaktoren mitbedingt sein. Deshalb werden die Antworten auf Item- und Subskalenebene mit Entwicklungsanamnese, Fremdanamnese, Verhaltensbeobachtung und Funktionsgeschichte abgeglichen.

Das wäre wissenschaftlich vertretbar.

Problematisch wird es, wenn daraus lediglich folgt:

> Die Werte können auch durch ADHS und Persönlichkeitsmerkmale erklärt werden.

Denn „können“ bezeichnet zunächst nur eine abstrakte Möglichkeit. Fast jedes psychologische Merkmal kann in irgendeinem Umfang durch mehrere Störungen mitbedingt sein. Diagnostisch relevant ist aber nicht, ob eine alternative Erklärung **irgendwie denkbar** ist, sondern ob sie den konkreten Fall **besser und vollständiger** erklärt.

Das entscheidende Problem ist die gemeinsame Konstellation

Jeder einzelne Test ist angreifbar. Aber hier liegen gleichzeitig vor:

- zwei nahezu maximale AQ-Ergebnisse;
- ein extrem hoher RAADS-R;
- ein stark erhöhter Wert für repetitive und eingeschränkte Verhaltensweisen;
- ein nahezu maximaler Camouflaging-Wert;
- ein auffälliges Demand-Avoidance-Profil;
- ein sehr hoher explorativer Autismuswert;
- diagnostiziertes ADHS;
- eine ungewöhnlich stabile Werk- und Spezialinteressenbindung;
- und erhebliche lebenslange Teilhabeeinschränkungen.

Diese **Konvergenz** ist nicht dasselbe wie sieben unabhängige diagnostische Beweise, weil sich die Fragebögen teilweise überschneiden und alle auf Selbstauskunft beruhen. Aber sie erzeugt einen erheblichen Erklärungsbedarf.

Die Ambulanz hätte deshalb mindestens prüfen müssen:

1. Ob ein gemeinsamer Antwortstil die Werte künstlich erhöht hat.
2. Welche Subskalen besonders auffällig waren.
3. Welche Antworten eindeutig durch ADHS erklärbar sind.
4. Welche durch die später angenommene Persönlichkeitsakzentuierung erklärbar sein sollen.
5. Welche Antworten durch beide Modelle gerade nicht erklärt werden.
6. Ob Autismus plus ADHS das Gesamtprofil sparsamer erklärt als ADHS plus mehrere zusätzliche Deutungen.
7. Wie die Werte mit Werk, Biografie, Fremdanamnese und Funktionsverlauf zusammenpassen.

Ohne eine solche Analyse ist die Alternativerklärung keine Widerlegung, sondern eine **diagnostische Möglichkeitserklärung**.

Der Ambulanz lagen nicht nur die Ergebnisse der Auswertung vor, sondern auch alle beantworteten Fragen innerhalb dieser Tests. Man hätte also sehr viel genauer prüfen können.

Besonders schwach wäre die Erklärung es läge kein Autismus vor, wenn die Ambulanz keine umfassende Persönlichkeitsdiagnostik durchgeführt, keine klare Persönlichkeitsstörung diagnostiziert und nicht zeigt, **welches konkrete Persönlichkeitskonstrukt welchen Teil der sieben Profile erklären soll**. „Persönlichkeitsmerkmale“ dürfen diagnostisch nicht zur unspezifischen Restkategorie werden, in die alles fällt, was nach dem Ausschluss von Autismus noch übrig bleibt.

Das stellte die Diagnostik der Humboldt vor ein grundlegendes methodisches Problem. Wenn die schriftlich erhobenen Daten ein wesentlich dichteres und breiteres Bild des Lebens erzeugten als das klinische Interview, weshalb erhielt dann gerade das Interview offenbar das größere Gewicht, sobald beide Ebenen einander widersprachen?

Das Interview fügte der Datenlage nicht einfach weitere Informationen hinzu. Es verwandelte Aussagen in klinisch interpretierte Informationen. Zwischen dem berichteten Leben und den späteren Befund trat die Diagnostikerin. Sie entschied, welche Frage gestellt, welche Antwort vertieft, welche Aussage verkürzt, welcher Kontext notiert und welche Bedeutung daraus abgeleitet wurde. Das Ergebnis war deshalb nicht nur eine weitere Datenquelle neben den Fragebögen. Es war bereits eine Bearbeitung der Daten durch eine Person, deren Auswahl- und Deutungsentscheidungen für den Patienten weitgehend unsichtbar blieben.

Damit stellt sich die zentrale Frage, was die klinische Interpretation gegenüber den Antworten selbst epistemisch hinzufügte. War es die Beobachtung von Inkonsistenzen? Die Prüfung alternativer Erklärungen? Die Bewertung von Plausibilität? Die Einordnung in den biografischen Verlauf? Oder schlicht der Eindruck, den die Person innerhalb weniger Stunden auf die Diagnostikerinnen machte?

All diese Funktionen können für eine Diagnostik notwendig sein. Keine von ihnen rechtfertigt jedoch automatisch, dass ein kurzes klinisches Interview ein breites, über mehrere Instrumente hinweg konsistentes Antwortmuster überschreibt. Gerade wenn die klinische Einschätzung den

standardisierten Daten widerspricht, müsste transparent werden, welche konkrete zusätzliche Erkenntnis das Interview hervorbrachte und weshalb diese Erkenntnis als zuverlässiger beurteilt wurde.

Eine solche Begründung müsste mehr leisten als den Hinweis, Fragebögen seien subjektiv und könnten durch andere Störungsbilder beeinflusst werden. Denn auch das Interview ist nicht frei von Subjektivität. Die befragte Person antwortet weiterhin aus ihrer eigenen Perspektive; hinzu kommt nun jedoch die Subjektivität der Diagnostikerin, die auswählt, zusammenfasst und interpretiert. Das Interview entfernt die Subjektivität daher nicht. Es verdoppelt sie und versieht eine der beiden Perspektiven mit institutioneller Autorität.

Das musste aber zwangsweise Entfremdungen vom Datensatz erzeugen.

Die Fragebögen machten ihre Struktur wenigstens sichtbar. Die Fragen waren festgelegt, die Antworten lagen vor, die Punktwerte konnten nachvollzogen werden. Die klinische Interpretation blieb demgegenüber weitgehend verborgen. Der Autor konnte weder systematisch einsehen, welche Antworten wie notiert worden waren, noch nach welchen Regeln daraus die spätere Gesamtschau entstand.

Die Diagnostikerin hatte auf dieses Problem des Interviews, wie sie später nach Gedächtnisprotokoll im Endgespräch äußerte, nur eine einzige Antwort.

„Die Hinweise auf Autismus reichen nicht aus."

Solange diese Gewichtung nicht offengelegt wird, bleibt die Gesamtschau keine überprüfbare Integration von Evidenz, sondern eine Hierarchie von Wissensformen: Die Person liefert umfangreiche Daten über ihr Leben; die Institution entscheidet, welche davon gelten. Die Antworten sind sichtbar. Die Macht, sie zu entwerten, bleibt unsichtbar.

Man kann hier einwenden, die Fachkraft müsse entscheiden, aber aus der Forschung wissen wir, dass die Fachkraft oft irrt. Daher müssen Entscheidungen nachvollziehbar und überprüfbar sein. Anzunehmen Patient:innen könnten dies heute nicht, ist eine sehr arrogante Haltung.

Wenn mehrere unterschiedliche Instrumente deutlich in Richtung Autismus zeigten, während die klinische Beobachtung zu einem gegenteiligen Ergebnis kam, musste nachvollziehbar erklärt werden, weshalb die standardisierten Selbstauskünfte als irreführend galten und welche Alternativerklärung die Gesamtheit der Werte besser abbildete.

Auch die Frage möglicher Komorbiditäten und sekundärer Belastungsfolgen beschäftigte den Autor. Am 28. Juni schrieb er an die Ambulanz:

> *„Eine Bitte noch. Da ich seit Jahren erhebliche Erschöpfungszustände und wiederholte Dekompensationen erlebt habe, wäre ich dankbar, wenn im Gutachten – soweit fachlich angezeigt – auch eine Einordnung möglicher Komorbiditäten (Burnout...) bzw. sekundärer Belastungsfolgen erfolgen könnte. Vermutlich machen Sie das eh. Das wäre quasi im Gesamtbild für die jeweiligen Gerichte nicht unwesentlich."*

Die Ambulanz antwortete am folgenden Tag:

„Guten Tag Herr Speed, danke für den Hinweis, dies versuchen wir zu berücksichtigen. Herzliche Grüße“

Diese Mail ist für den weiteren Verlauf wichtig. Sie dokumentiert, dass der Autor noch vor Abschluss der Auswertung ausdrücklich um eine Einordnung von Burnout, Erschöpfung und sekundären Belastungsfolgen bat. Er brachte damit selbst eine Differenzierung in das Verfahren ein: Nicht jede Erschöpfung sollte vorschnell als primäre depressive Erkrankung verstanden werden. Zu prüfen war, ob sie Folge jahrzehntelanger Anpassung, Überlastung, institutioneller Konflikte und fehlender Passung zwischen Person und Umwelt sein konnte.

Die Ambulanz bestätigte, diesen Hinweis berücksichtigen zu wollen. Damit war das Thema nicht nur allgemein bekannt, sondern ausdrücklich Bestandteil der noch laufenden diagnostischen Auswertung.

Zu diesem Zeitpunkt lagen somit mehrere unterschiedliche Evidenzformen vor: standardisierte Tests, klinische Interviews, Verhaltensbeobachtung, ADOS, autobiografische Angaben, eine umfangreiche Werkdokumentation, wissenschaftliche Texte des Autors, Aussagen der Partnerin, die positive fachliche Einschätzung einer langjährigen psychotherapeutischen Bezugsperson sowie die ausdrückliche Bitte, Burnout und sekundäre Belastungsfolgen zu prüfen.

Es fehlte nicht an Daten.

Offen blieb, wie diese Daten miteinander verbunden würden.

Mit jedem weiteren Gespräch wuchs der Datenbestand. Gleichzeitig entfernte sich die Entscheidung immer weiter aus dem Bereich, in dem der Autor Missverständnisse noch hätte erkennen und korrigieren können.

Nach Abschluss der Fremdanamnesen sollte die interne Teambesprechung stattfinden. Der Autor erhielt die Auskunft, dass die Entscheidung innerhalb von ungefähr drei Wochen getroffen werde. Damit begann eine Wartephase, die im organisatorischen Ablauf wie eine gewöhnliche Auswertungszeit erscheinen konnte, für ihn jedoch eine erneute Unterbrechung des gesamten Lebens bedeutete.

Der bekannte Vorbefund: Das X.-Gutachten

Der Humboldt-Ambulanz lag nicht nur die Selbstauskunft des Autors vor. Sie wusste auch von einer bereits zuvor durchgeführten Autismus-Diagnostik durch die Praxis X. Diese ist nicht mit der an anderer Stelle erwähnten befreundeten Psychotherapeutin zu verwechseln, die den Autor seit Jahren kannte und außerhalb des diagnostischen Verfahrens zu einer abweichenden Einschätzung gelangt war.

Der X.-Befund war im Februar 2025 entstanden und ebenfalls zu dem Ergebnis gelangt, dass die Kriterien einer Autismus-Spektrum-Störung nicht vollständig erfüllt seien. Zugleich dokumentierte er jedoch eine ungewöhnlich hohe Dichte autismusrelevanter Merkmale. Die Humboldt untersuchte daher keinen Patienten, dessen Autismus-Hypothese ausschließlich auf eigener Überzeugung oder einem erhöhten Screeningwert beruhte. Ihr lag eine vorausgegangene fachliche Untersuchung vor, die wesentliche Bestandteile dieser Hypothese unabhängig beschrieben hatte.

Die X.-Diagnostik kannte den späteren Humboldt-Befund nicht. Sie entstand daher zeitlich und inhaltlich unabhängig von der späteren Untersuchung an der Universität. Dies erhöht ihren Wert als Vergleichsdokument. Es handelte sich nicht um eine nachträgliche Reaktion auf die Humboldt-Diagnostik, sondern um einen bereits vorliegenden Befund, dessen Beobachtungen in die spätere Beurteilung hätten einbezogen werden können.

Im X.-Befund wurde zunächst ein AQ-Wert von 43 von 50 Punkten festgehalten. Darüber hinaus wurden zahlreiche Schwierigkeiten im Bereich der sozialen Kommunikation und wechselseitigen Interaktion beschrieben. Der Autor habe berichtet, in Gruppen häufig zu monologisieren und nicht intuitiv zu wissen, wann er an der Reihe sei. Er bevorzuge Gespräche mit einzelnen Personen und über Themen, die ihn interessierten. Gruppendynamiken würden ihn langweilen oder seien für ihn schwerer zu erfassen. Ungeschriebene soziale Regeln bereiteten Schwierigkeiten. Smalltalk werde als uninteressant erlebt, explizite Sprache bevorzugt. Ebenso wurden Probleme bei der Priorisierung von Informationen und eine deutliche Neigung zur Detailfokussierung dokumentiert.

Noch deutlicher war der Bereich der Interessen, Routinen und sensorischen Verarbeitung. X. beschrieb eine umfassende Beschäftigung mit einer Sache, bei der alles andere aus dem Blick geraten könne, sowie ein Sonderinteresse an Gesellschaftskritik und Ungleichheit. Genannt wurden ferner das Bedürfnis nach Arbeitsroutinen, feste Plätze, wiederkehrende Kleidung und Wege, Veränderungsängste, automatisches Sortieren von Gegenständen und haptische Handbewegungen zur Beruhigung. Ergänzend wurden eine fragmentierte, stark detailorientierte Wahrnehmungsverarbeitung sowie Empfindlichkeiten gegenüber Geräuschen, Licht und Gerüchen festgehalten.

Der Befund beschrieb damit relevante Merkmale in beiden diagnostischen Hauptbereichen: in der sozialen Kommunikation und Interaktion sowie bei eingeschränkten beziehungsweise intensiven Interessen, Routinen, Gleichförmigkeit und sensorischen Besonderheiten. Gleichwohl wurde die Autismusdiagnose verneint. Zur Begründung verwies X. unter anderem auf vorhandene Empathie, emotionale Resonanz und ein grundsätzlich gutes intuitives Verständnis der Gefühle und Bedürfnisse anderer. Das repetitive Verhalten sei nicht in einem hinreichenden Maß ritualisiert oder stereotyp. Zusammenfassend wurden „autistische Züge“ angenommen, die sich eher in der Persönlichkeitsstruktur manifestierten, während ADHS als gesicherte Hauptdiagnose vergeben wurde.

Die ausdrücklich mitgeteilten Zweifel am X.-Gutachten

Die Humboldt-Ambulanz wusste jedoch nicht nur vom Vorliegen des X.-Befunds. Der Autor wies die Diagnostikerinnen ausdrücklich darauf hin, dass er diesen Bericht für fehlerhaft und methodisch nur eingeschränkt belastbar hielt.

Nach seiner Erinnerung erläuterte er, dass die Diagnostik in einer Privatpraxis etwa 500 Euro gekostet habe und unter Bedingungen erfolgt sei, die er als stark standardisierte Massenabfertigung erlebt habe. Die Untersuchung sei wesentlich durch eine sehr junge Psychotherapeutin in Ausbildung durchgeführt worden. Die erfahrene Lehrtherapeutin beziehungsweise fachlich verantwortliche Person sei während der eigentlichen diagnostischen Gespräche nicht anwesend gewesen.

Diese Umstände beweisen für sich genommen nicht, dass der X.-Befund falsch war. Weder eine privat finanzierte Diagnostik noch die Beteiligung einer Psychotherapeutin in Ausbildung begründen automatisch einen Qualitätsmangel. Entscheidend ist jedoch, dass der Autor konkrete Zweifel an der Durchführung, der fachlichen Erfahrung und der Kontrolle des Verfahrens vortrug. Nach seinem Gedächtnisprotokoll reagierten die Diagnostikerinnen der Humboldt mit dem Hinweis, man kenne die betreffende Kollegin (abwertend gemeint) beziehungsweise Verantwortliche und werde die geschilderten Umstände bei der eigenen Beurteilung berücksichtigen.

Damit entstand eine klare diagnostische Verantwortung. Die Humboldt konnte den X.-Befund nicht einfach nach seinem negativen Endergebnis behandeln. Sie wusste, dass der Patient dessen Zustandekommen und einzelne inhaltliche Angaben ausdrücklich bestritt. Sie musste daher zwischen mindestens drei Ebenen unterscheiden:

- den im Bericht dokumentierten Beobachtungen,
- ihrer diagnostischen Interpretation,
- und der Verlässlichkeit der zugrunde liegenden Datenerhebung.

Eine solche Trennung ist im späteren Humboldt-Befund nicht erkennbar.

Der fehlerhafte Status der kindlichen Fremdanamnese

Ein besonders konkretes Beispiel betraf die im X.-Bericht verwendete Fremdanamnese aus der Kindheit. Dort heißt es, eine Tante des Autors habe sich an keine auffälligen Verhaltensweisen in der Kindheit erinnert und den Patienten lediglich bis zu dessen achtem Lebensjahr erlebt.

Diese Darstellung war nach Angabe des Autors sachlich irreführend beziehungsweise fehlerhaft. Der Autor lebte von seiner Geburt bis ungefähr zum achten Lebensjahr im Ausland. Die betreffende Tante kannte ihn daher nicht während der frühen Kindheit, sondern erst ab etwa dem achten Lebensjahr näher. Ihre Aussage, ihr seien in „der Kindheit“ keine Besonderheiten aufgefallen, konnte folglich keine belastbare Fremdanamnese über die diagnostisch besonders relevante frühe Entwicklungsphase darstellen.

Der Unterschied ist erheblich. Eine Person, die ein Kind erst ab dem achten Lebensjahr regelmäßig erlebt, kann keine verlässliche Auskunft darüber geben, ob in den ersten Lebensjahren Besonderheiten der sozialen Kommunikation, des Spiels, der sensorischen Verarbeitung, der Sprachpragmatik oder der Verhaltensregulation bestanden. Gerade bei einer Autismus-Diagnostik darf eine solche zeitliche Lücke nicht in eine scheinbar durchgängige negative Kindheitsanamnese verwandelt werden.

Der X.-Befund formulierte jedoch, die Tante erinnere sich an keine auffälligen Verhaltensweisen „in der Kindheit“, ohne ausreichend deutlich zu machen, dass ihr eigener Beobachtungszeitraum die frühen Jahre gerade nicht umfasste. Dadurch konnte beim Lesen der Eindruck entstehen, eine nahestehende Bezugsperson habe die gesamte relevante Entwicklungsphase beobachtet und keine Auffälligkeiten festgestellt. Tatsächlich fehlte für die entscheidenden ersten Lebensjahre eine solche Beobachtung.

Der Autor wies die Humboldt auch auf diesen Fehler hin. Damit wusste die Ambulanz, dass ein zentraler Teil der negativen entwicklungsbezogenen Evidenz des X.-Befunds auf einer unzutreffend oder zumindest missverständlich dargestellten Kenntnisbeziehung beruhte.

Dies hätte zwingend Konsequenzen für die spätere Bewertung haben müssen. Die Humboldt hätte klären müssen:

- Seit welchem Lebensalter kannte die Tante den Autor tatsächlich?
- Welche Lebensphasen hatte sie persönlich beobachtet?
- Worauf bezog sich ihre Aussage über fehlende Auffälligkeiten?
- Wurde ihre begrenzte Kenntnis in der X.-Diagnostik korrekt dokumentiert?
- Welche Aussagekraft konnte diese Fremdanamnese für das frühe Entwicklungskriterium überhaupt besitzen?

Im Humboldt-Befund ist eine solche Aufarbeitung nicht sichtbar. Stattdessen heißt es allgemein, die Fremdanamnesen hätten keine ausreichenden Hinweise auf Auffälligkeiten in den Kernbereichen ergeben.

Damit wiederholt sich strukturell dasselbe Problem. Eine negative Aussage wird übernommen beziehungsweise neu erzeugt, ohne die Reichweite der zugrunde liegenden Beobachtung offenzulegen. Aus „Die Tante kannte den Autor in den ersten acht Lebensjahren nicht“ wird faktisch „In der Kindheit wurden keine Auffälligkeiten beobachtet“. Eine Evidenzlücke erscheint dadurch als negative Evidenz. Das kann im späteren Interview dazu geführt haben, dass weniger Fragen nach der Kindheit gestellt wurden.

Der widersprüchliche epistemische Status des Vorbefunds

Für die vorliegende Untersuchung ist zunächst nicht entscheidend, ob die damalige diagnostische Schlussfolgerung von X. insgesamt richtig oder falsch war. Entscheidend ist, dass der Bericht gleichzeitig drei unterschiedliche Eigenschaften besaß:

Erstens dokumentierte er zahlreiche autismusrelevante Merkmale.

Zweitens verneinte er die Autismusdiagnose unter anderem mit Begründungen, deren theoretische Tragfähigkeit fraglich war, etwa der Gewichtung vorhandener Empathie und emotionaler Resonanz gegen Autismus.

Drittens enthielt er nach Darstellung des Autors konkrete methodische und sachliche Fehler, darunter die missverständliche Verwendung einer Kindheitsfremdanamnese durch eine Person, die ihn während der frühen Kindheit gar nicht kannte.

Der X.-Befund war deshalb weder einfach ein bestätigender negativer Vorbefund noch vollständig wertlos. Er war widersprüchliche Vergleichsevidenz.

Gerade seine konkrete Beschreibung autismuskompatibler Merkmale blieb diagnostisch relevant, selbst wenn sein Verfahren Schwächen aufwies. Die Humboldt hätte diese Angaben eigenständig überprüfen können und müssen. Sie hätte klären können, ob sich Routinen, intensive Interessen, sensorische

Besonderheiten, Detailorientierung, Veränderungssensibilität und Schwierigkeiten mit impliziter sozialer Kommunikation erneut bestätigten. Ebenso hätte sie prüfen müssen, ob die X.-Diagnostik diese Merkmale fehlerhaft erhoben, unvollständig interpretiert oder aufgrund eines zu engen Autismusmodells nicht zu einem Gesamtbild verbunden hatte.

Stattdessen bleibt im Humboldt-Befund unklar, worin die ausdrücklich angekündigte Berücksichtigung der Einwände bestand.

Wurde das X.-Gutachten wegen seiner methodischen Schwächen geringer gewichtet?

Wurden seine einzelnen Angaben erneut überprüft?

Wurde die fehlerhafte Kindheitsfremdanamnese korrigiert?

Wurden die dort dokumentierten autistischen Merkmale bestätigt oder verworfen?

Oder blieb vor allem das negative Endergebnis bestehen, während die widersprechenden Beobachtungen und die Einwände gegen das Verfahren aus der sichtbaren Begründung verschwanden?

Der Befund beantwortet keine dieser Fragen.

Der Widerspruch zwischen X. und Humboldt

Die X.-Diagnostik hatte Routinen, intensive Interessen, Gleichförmigkeit, Veränderungssensibilität, sensorische Besonderheiten, Detailorientierung und Schwierigkeiten mit impliziter sozialer Kommunikation beschrieben. Der spätere Humboldt-Bericht kam dagegen zu dem Ergebnis, dass neben einzelnen sozialen Auffälligkeiten keine hinreichenden Hinweise in den weiteren autistischen Kernbereichen vorgelegen hätten.

Damit bestand zwischen beiden Befunden nicht lediglich eine unterschiedliche diagnostische Schlussfolgerung. Beide Untersuchungen unterschieden sich bereits darin, welche Tatsachen als vorhanden und diagnostisch relevant behandelt wurden.

Wo X. eine breite Anzahl repetitiver, sensorischer und interessenbezogener Merkmale aufzählte, sprach Humboldt von fehlenden ausreichenden Hinweisen in diesen Bereichen. Dieser Widerspruch hätte innerhalb einer transparenten Gesamtschau ausdrücklich bearbeitet werden müssen.

Eine informierte Zweitdiagnostik hätte mindestens klären müssen:

Welche Befunde aus der X.-Untersuchung wurden bestätigt?

Welche wurden aufgrund neuer Informationen verworfen?

Welche Angaben galten wegen der methodischen Schwächen des X.-Verfahrens als nicht belastbar?

Waren die dort beschriebenen Routinen, Veränderungsängste, sensorischen Empfindlichkeiten und intensiven Interessen aus Sicht der Humboldt nicht vorhanden, nicht ausreichend ausgeprägt oder lediglich anders zu erklären?

Welche Bedeutung hatte die nachweislich begrenzte Kindheitskenntnis der Tante?

Und auf welcher konkreten Evidenz beruhte die abweichende Bewertung?

Der Humboldt-Befund erwähnt weder eine systematische Gegenüberstellung mit dem X.-Bericht noch erklärt er, weshalb die dort dokumentierten Merkmale in der abschließenden „Gesamtschau“ nicht zu einem durchgängigen autistischen Muster beitrugen. Stattdessen heißt es allgemein, die Fremdanamnesen und das klinische Interview hätten keine ausreichenden Auffälligkeiten in allen Kernbereichen ergeben. Die bereits vorhandene fachliche Dokumentation wird dadurch nicht erkennbar widerlegt, sondern verschwindet aus der sichtbaren Begründungsarchitektur.

Eine gesteigerte Verantwortung der Humboldt

Die Kenntnis des X.-Befunds erhöhte die epistemische Verantwortung der Humboldt-Ambulanz. Diese Verantwortung wurde noch dadurch gesteigert, dass der Autor konkrete methodische und sachliche Fehler des Vorbefunds benannt hatte und ihm zugesichert worden war, man werde dies berücksichtigen.

Die Universität besaß gegenüber der ersten Diagnostik einen mehrfachen Informationsvorsprung. Sie kannte:

- das negative Endergebnis,
- die umfangreiche Beschreibung autismusrelevanter Merkmale,
- die Kritik an den Bedingungen der Untersuchung,
- die geringe Erfahrung der unmittelbar untersuchenden Person,
- die fehlende Anwesenheit der Lehrtherapeutin,
- die als massenhaft und standardisiert erlebte Durchführung,
- und den konkreten Fehler in der kindlichen Fremdanamnese.

Damit hätte die Humboldt den früheren Befund überprüfen, präzisieren und seine inneren Widersprüche auflösen können.

Sie hätte offen berücksichtigen müssen, in wie weit diese Vordiagnose sie selbst noch als BIAS beeinflusste.

Mehr verfügbare Evidenz führte nicht sichtbar zu einer differenzierteren Integration. Der spätere Bericht wurde im Gegenteil knapper und ließ einen Teil der zuvor dokumentierten Phänomene ebenso wie die Einwände gegen deren frühere Erhebung aus seiner nachvollziehbaren Herleitung verschwinden.

Dies ist auch deshalb bedeutsam, weil der X.-Befund selbst kein tragfähiges Gegenmodell zu Autismus entwickelt hatte. Seine Schlussfolgerung beruhte wesentlich darauf, vorhandene Empathie und soziale Einsicht gegen eine vollständige Autismusdiagnose zu gewichten sowie die beschriebenen Routinen und repetitiven Merkmale als nicht hinreichend ausgeprägt zu beurteilen. Die Humboldt hätte deshalb nicht einfach auf ein bereits negativ ausgefallenes Ergebnis zurückgreifen können. Sie musste prüfen, ob dessen theoretische Voraussetzungen, seine Verwendung von Empathie als Gegenargument, seine Bewertung der repetitiven Merkmale und seine entwicklungsanamnestische Grundlage überhaupt belastbar waren.

Dass eine frühere Diagnostik ebenfalls keine Autismusdiagnose vergeben hatte, ersetzte nicht die eigenständige Prüfung ihrer Begründung.

Negative Tradierung bei verschwindender Gegenevidenz

Das X.-Gutachten wirkte damit auf mindestens drei Ebenen in das Humboldt-Verfahren hinein.

Erstens konnte sein negatives Endergebnis die spätere Ausschlussentscheidung scheinbar stützen.

Zweitens enthielt derselbe Bericht eine umfangreiche Dokumentation gerade jener Merkmale, deren Fehlen oder unzureichende Ausprägung der Humboldt-Befund später behauptete.

Drittens war die Humboldt ausdrücklich auf mögliche methodische und sachliche Fehler der früheren Diagnostik hingewiesen worden und hatte erklärt, diese zu berücksichtigen.

Und ADHS wurde aus dem X.-Gutachten übernommen, ohne es nochmal zu prüfen.

Das Dokument war daher nicht einfach ein negativer Vorbefund. Es war widersprüchliche Vergleichsevidenz, deren Beobachtungen, Interpretation und Entstehungsbedingungen getrennt hätten bewertet werden müssen.

Gerade an diesem Punkt zeigt sich das Grundproblem der diagnostischen Gesamtschau. Ein Vorbefund kann entweder nach seinem Etikett – „keine Autismusdiagnose“ – oder nach seinem tatsächlichen Inhalt gelesen werden. Wird nur das Ergebnis übernommen, während die darin dokumentierten autismuskompatiblen Merkmale, die methodischen Schwächen und die sachlichen Fehler nicht erneut integriert werden, entsteht eine asymmetrische Evidenzverarbeitung:

Die negative Schlussfolgerung bleibt bestehen.

Die positive Beobachtungsgrundlage verschwindet.

Die Zweifel an der Qualität der Datenerhebung verschwinden ebenfalls.

So kann sich ein negatives Ergebnis über mehrere Diagnostiken hinweg tradieren, ohne dass seine ursprüngliche Begründung je vollständig überprüft wurde. Die Wiederholung des Ergebnisses erzeugt dann nach außen den Eindruck diagnostischer Konvergenz, obwohl möglicherweise nur dasselbe ungeklärte Negativurteil weitergetragen wird.

6. Wartephase und Rückmeldegespräch

Nach Abschluss der Fremdanamnesen und der Nachreichung weiterer Unterlagen begann die interne Auswertung. Der Autor war an diesem Teil des Verfahrens nicht beteiligt. Er wusste nicht, wer an der Fallbesprechung teilnahm, welche Dokumente tatsächlich gelesen worden waren, wie die unterschiedlichen Aussagen gewichtet wurden und an welchen Punkten innerhalb des Teams Uneinigkeit bestand. Ihm war lediglich mitgeteilt worden, dass innerhalb von ungefähr zwei bis drei Wochen eine Entscheidung getroffen und anschließend ein Rückmeldegespräch angeboten werde.

Für die Ambulanz war dies eine gewöhnliche Auswertungsphase. Für den Autor bedeutete sie eine erneute Suspendierung seines Lebens. Die Diagnose wurde in laufenden Gerichts- und Verwaltungsverfahren benötigt. Von ihr hingen nicht nur eine medizinische Einordnung, sondern auch die Anerkennung von Behinderung, mögliche Nachteilsausgleiche, Teilhabeleistungen und die Glaubwürdigkeit seiner bisherigen Darstellung gegenüber Behörden ab. Während die Ambulanz den Fall in ihre internen Abläufe einordnete, konnte der Autor kaum noch arbeiten. Sein Denken kreiste zunehmend um die bevorstehende Entscheidung.

Am 2. Juli 2026, dem Tag, an dem nach der ursprünglichen Ankündigung die Entscheidung ungefähr hätte vorliegen sollen, schrieb er an die Ambulanz:

> *„Sehr geehrte Frau V., ich wollte Sie bitten, nachdem ja heute wohl entschieden wurde, im Zuge des Angebots des abschließenden Termins mir das Ergebnis auch schon grob mitzuteilen, damit ich mich besser vorbereiten kann. Hier herrscht erheblicher Zeitdruck."*

Etwa eine Stunde später erhielt er folgende Antwort:

> *„Guten Tag Herr Speed, leider wird erst nächste Woche eine Entscheidung getroffen und die Diagnose erst im Rückmeldegespräch kommuniziert. Ich verstehe den zeitlichen Druck unter dem Sie stehen und wir geben uns auch größte Mühe, Ihren Fall so schnell wie möglich zu bearbeiten. Leider dauern diese komplexen Prozesse ihre Zeit und wir möchten Ihnen die korrekteste Diagnostik rückmelden. Sobald es eine finale Entscheidung gibt, sende ich Ihnen eine Einladung zum Rückmeldegespräch."*

Damit wurde die Entscheidung erneut verschoben. Für den Autor war dies kein bloßer organisatorischer Verzug. Er hatte sich auf den angekündigten Zeitraum eingestellt und über Wochen kaum noch etwas anderes tun können, als auf die Rückmeldung zu warten. Die weitere Verzögerung verlängerte einen Zustand, in dem die eigene Biografie, die laufenden Verfahren und die gesundheitliche Zukunft von einer internen Entscheidung abhingen, deren Zustandekommen vollständig unsichtbar blieb.

Die Antwort der Ambulanz war höflich. Gerade diese Höflichkeit verschärfte für den Autor jedoch das Problem. Sie enthielt Verständnis, aber keine konkrete Information darüber, weshalb sich die Entscheidung verzögerte, welche Fragen noch offen waren oder ob innerhalb des Teams unterschiedliche Einschätzungen bestanden. Der Hinweis auf die „korrekteste Diagnostik" sollte Sorgfalt signalisieren, ließ aber zugleich offen, was tatsächlich noch geprüft wurde.

Eine transparentere Kommunikation hätte die Belastung zumindest teilweise reduzieren können. Die Ambulanz hätte mitteilen können, dass eine beteiligte Person erkrankt war, dass noch Unterlagen geprüft wurden, dass die Fallkonferenz verschoben werden musste oder dass in einem bestimmten diagnostischen Bereich weiterer Klärungsbedarf bestand. Stattdessen blieb nur die institutionelle Formel, komplexe Prozesse benötigten Zeit.

Für viele Patient:innen mag eine solche Antwort ärgerlich, aber erträglich sein. Unter den Bedingungen extremer diagnostischer Knappheit und existenzieller Abhängigkeit erhält sie eine andere Wirkung. Die Person kann nicht einfach eine zweite Meinung einholen oder wenige Wochen später

eine andere Stelle aufsuchen. Jeder Verzug verlängert einen Zustand, der bereits über Jahre angehalten hat.

Der Autor erlebte erneut einen gesundheitlichen Einbruch. Die Ungewissheit verstärkte Erschöpfung und Burnout. Gleichzeitig wuchs die Angst, dass das Verfahren nicht zu jener Klärung führen würde, die er nach den Gesprächen und der Menge des vorgelegten Materials erwartet hatte.

Am 23. Juli 2026 fand schließlich das Rückmeldegespräch in der Spezialambulanz für Soziale Interaktion statt. Als der Autor die Räume in Berlin betrat, zog ein schweres Gewitter auf. Es donnerte. Er war extrem angespannt.

Im Raum saßen zwei Diagnostikerinnen. Eine von ihnen war die ältere Diagnostikerin, die bereits den ersten Termin wesentlich geführt hatte. Die Diagnose wurde nicht sofort benannt. Stattdessen begann eine schrittweise Erläuterung des Verfahrens. Bereits diese Form ließ den Autor vermuten, dass die Autismus-Hypothese zurückgewiesen werden würde.

Die folgende Darstellung beruht, soweit keine schriftlichen Unterlagen zitiert werden, auf einem unmittelbar nach dem Gespräch angefertigten Gedächtnisprotokoll. Dieses Protokoll hält nicht nur die mitgeteilten Ergebnisse, sondern auch den Verlauf der Auseinandersetzung, die gezeigten Notizen und die Reaktionen auf Einwände fest.

Zu Beginn zeigte man dem Autor auf einem Monitor einzelne Notizen und Auswertungsbereiche. Die Darstellung erfolgte nach seiner Erinnerung durch schnelles Scrollen. Der Autor musste die Diagnostikerin zwingen, anzuhalten, damit konkret auf einzelne Punkte eingegangen werden konnte. Der Autor wollte genau wissen, wo das Problem lag. Wiederholt wurde erklärt, dass es nicht auf einzelne Aspekte, sondern auf die Gesamtschau ankomme.

Der erste inhaltliche Block betraf den Bereich eingeschränkter und repetitiver Verhaltensweisen und Interessen. Die Diagnostikerinnen erklärten, es seien weder ein hinreichendes Spezialinteresse noch ausreichende repetitive Verhaltensmuster festzustellen.

Für den Autor war dies der erste fundamentale Bruch des Gesprächs. Gerade dieser Bereich erschien ihm angesichts seiner Biografie am wenigsten zweifelhaft. Er hatte wie bereits dargelegt seit fast drei Jahrzehnten weitgehend außerhalb regulärer Erwerbsarbeit gelebt und zugleich täglich an einem zusammenhängenden künstlerischen und theoretischen Werk gearbeitet. Dieses Werk umfasste Bücher, Filme und eine große Zahl wissenschaftlicher Texte. Es kreiste trotz wechselnder Formen und Themen immer wieder um dieselben strukturellen Probleme. Wenn er nicht daran arbeiten konnte, geriet er nach eigener Darstellung in Krisen und in schwere Erschöpfungszustände.

(Gedächtnisprotokoll): „Ich bin fassungslos. Ich verstehe nicht was hier vor sich geht. Ich habe Ihnen immer wieder erklärt, dass ich seit 27 Jahren erwerbslos bin, weil ich 40 Stunden die Woche an einem Werk arbeite. Unbezahlt."

Diese Tatsachen waren nicht nur mündlich berichtet worden. Sie waren durch das öffentlich zugängliche Werk, die übergebenen Bücher, Papers und die wissenschaftliche Stellungnahme dokumentiert. Dennoch war das zentrale Ergebnis der Ambulanz, dass kein diagnostisch relevantes Spezialinteresse vorliege.

In der Forschung werden *circumscribed interests* meist beschrieben als:

intensive, stark fokussierte und häufig idiosynkratische Interessen, die ungewöhnlich viel Zeit, Aufmerksamkeit und Motivation binden und sich nur schwer unterbrechen oder verlagern lassen.

Der Autor, der nun die spärlichen und schlagwortartigen Notizen der Kollegin auf dem Monitor lesen konnte, fand dort ein naives Unwissen und Missverstehen, fast all seiner Aussagen. Die Diagnostikerin hatte offenbar nicht verstanden, dass er hier nicht von einem üblichen beruflichen Vorgang sprach.

Nach dem Gedächtnisprotokoll gingen beide Diagnostikerinnen auf diesen Einwand nicht inhaltlich ein. Der Autor erlebte dieses Schweigen als Verweigerung einer Korrektur. Weil sich ein vergleichbares Muster bei mehreren Einwänden wiederholte, entstand bei ihm der Eindruck, dass die Nichtreaktion eine methodische Funktion innerhalb des Gesprächs erfüllte. Ob sie bewusst als solche eingesetzt wurde, lässt sich nicht feststellen.

Das allein erzeugte sofort wieder die Gaslightingerfahrung, wodurch der Autor sichtlich emotional, also wütend, daher etwas lautstärker wurde.

Die ältere Diagnostikerin (Gedächtnisprotokoll) meinte daraufhin, so würden sich ihre Autist:innen nicht verhalten. Damit wurde nicht nur das Verhalten des Autors beschrieben, sondern zugleich ein implizites Vergleichsmodell offengelegt: Autist:innen erscheinen darin offenbar eher angepasst, zurückhaltend, weniger konfrontativ, möglicherweise weniger direkt oder weniger sichtbar wütend.

Das gegenteilige Bild hätte dann wohl Greta Thunberg mit ihrem berühmten *„How dare you?“* vertreten.

Auch AuDHD widersprach in der Erscheinung massiv diesen klassischen klinischen Vorstellungen von Autismus.

Der Autor hätte mit einem Diskurs darüber leben können, aber nicht mit Schweigen angesichts von vorgebrachten Fakten. Der vorgebrachte Einwand wurde im Gespräch weder inhaltlich widerlegt noch erkennbar aufgeklärt. Er blieb unbeantwortet. Für den Autor bedeutete dies, dass ein möglicher Fehler des Befunds nicht geprüft wurde.

Die ältere Diagnostikerin lächelte wiederholt in einer Weise, die der Autor als überlegen und abwehrend wahrnahm. Für ihn entstand der Eindruck, sein Beharren selbst werde bereits als Teil eines anderen psychologischen Bildes gelesen.

Für eine diagnostische Bewertung des Spezialinteresses wären besonders relevant gewesen:

- außergewöhnliche **Intensität und zeitliche Dominanz**;
- lange **Dauer und Wiederkehr**;
- schwierige Unterbrechbarkeit oder Aufmerksamkeitsverlagerung;
- strukturierende Wirkung auf Alltag, Beziehungen und Beruf;
- emotionale oder regulatorische Bedeutung;
- mögliche erhebliche Kosten, wenn andere Lebensbereiche zurücktreten;
- nicht zwingend ein ungewöhnliches Thema, sondern ein ungewöhnliches Verhältnis zum Gegenstand.

Der Autor lebte fast ausschließlich für das Werk. Ein autistisches Spezialinteresse ist nicht allein durch seinen Gegenstand bestimmt. Entscheidend ist die Form der Bindung: eine ungewöhnlich intensive,

dauerhafte, repetitive und lebensorganisierende Fokussierung, die erhebliche Zeit und Aufmerksamkeit beansprucht, andere Tätigkeiten verdrängen kann und häufig eine zentrale regulatorische, motivationale oder identitätsbildende Funktion erfüllt.

Nach der biografischen Selbstauskunft des Autors war seine Arbeitsfähigkeit so stark an das Werk gebunden, dass für andere Tätigkeiten regelmäßig kaum Energie, Koordination und Handlungsspielraum verblieben.

An diesem Punkt trat zum ersten Mal deutlich hervor, dass der Konflikt nicht nur unterschiedliche Interpretationen einzelner Symptome betraf. Es bestanden unterschiedliche Wirklichkeiten darüber, was im Verfahren überhaupt als Wissen gelten durfte.

Im weiteren Verlauf sollte sich dies zu vier voneinander getrennten Realitäten verdichten.

Die erste war die **private Realität der Diagnostikerin**. Nach dem Gedächtnisprotokoll erklärte die ältere Diagnostikerin mehrfach sinngemäß, sie würde bestimmte Fragen privat anders beurteilen, müsse sich im Verfahren jedoch an die geltenden Vorgaben halten. Damit machte sie einen Unterschied zwischen ihrer persönlichen fachlichen Einschätzung und jener Aussage, die sie innerhalb des institutionellen Rahmens vertreten konnte. Sie sagte (Gedächtnisprotokoll), sie wolle ihren Job behalten und darum mache sie es so, obwohl sie auch denke, vieles sei auch diskutabel.

Die zweite war die **klinisch-institutionelle Realität des Verfahrens**. Hier galten die vorgesehenen Instrumente, die Kodierung, die festgelegten Kriterien und die interne Gesamtschau. Diese Realität war entscheidungswirksam. Sie bestimmte, was im Befund stehen würde, welche Diagnose als offiziell anerkannt galt und welche Aussage später gegenüber Gerichten und Behörden Gewicht besaß.

Die dritte war die **Realität der wissenschaftlichen Autismusforschung**. In ihr waren Masking, die Grenzen standardisierter Beobachtungsverfahren, die Probleme spät diagnostizierter Erwachsener und die Möglichkeit stark kompensierter Profile längst Gegenstand intensiver Diskussionen. Auf diese Forschung verwies der Autor wiederholt. Im konkreten Verfahren blieb jedoch unklar, welche Wirkung dieser Wissensstand entfalten durfte, wenn die formalen klinischen Vorgaben zu einem anderen Ergebnis führten.

Die vierte war die **Lebensrealität des Autors**. In dieser Realität mussten sich die diagnostischen Aussagen an mehr als fünf Jahrzehnten Biografie, an fast drei Jahrzehnten Werkproduktion, Erwerbsausschluss, wiederkehrenden Kommunikationsproblemen, Überlastungen und der Struktur seiner täglichen Arbeit messen lassen. Die Erklärung der Ambulanz ließ sich für ihn mit dieser Realität nicht in Deckung bringen.

Diese vier Wirklichkeiten standen im Rückmeldegespräch nebeneinander, ohne zu einer gemeinsamen Erkenntnis zusammenzufinden.

Da gab es die verklagte Ambulanz. Ein an Gaslighting erinnerndes Setting. Die epistemische Entwertung des Autors und unabhängigen Autismusforschers. Und die Entscheidung Korrekturen nicht entgegen zu nehmen, weil dies nicht vorgesehen sei. Egal welche Konsequenzen dies für den Autor im Leben hätte.

Die Diagnostikerin konnte privat Zweifel oder abweichende Auffassungen äußern und gleichzeitig institutionell einen gegenteiligen Befund vertreten. Die Institution konnte sich auf klinische Vorgaben berufen, auch wenn diese nach Aussage des Autors nicht dem aktuellen Forschungsstand entsprachen. Man nutzte ICD-10 statt 11, obwohl es das Jahr 2026 war. Die Forschung konnte methodische Grenzen beschreiben, ohne dass daraus eine Begrenzung der diagnostischen Entscheidung folgte. Der Autor konnte seine Biografie und die vorhandene Evidenz darlegen, ohne dass diese das bereits entstandene Urteil noch erkennbar veränderten.

Gerade die wiederholte Bemerkung, privat sehe die Diagnostikerin bestimmte Dinge anders, ist deshalb zentral. Sie zeigt, dass das Problem nicht notwendig in vollständiger Unkenntnis lag. Zumindest nach der Erinnerung des Autors bestand innerhalb der Person selbst eine Differenz zwischen dem, was sie als Fachperson möglicherweise für plausibel hielt, und dem, was sie im institutionellen Verfahren als Ergebnis vertreten musste.

Damit entstand eine schwierige ethische Frage: Welche Verantwortung trägt eine Diagnostikerin, wenn ihre persönliche oder wissenschaftliche Einschätzung von dem Ergebnis abweicht, das die klinischen Vorgaben erzeugen?

Nun wissen wir nicht in wie weit diese abwichen oder ob sie das wirklich taten. Es wurde aber angedeutet.

Dies führte sofort zu einer politischen Debatte in der der Autor der Diagnostikerin Feigheit vorwarf, weil sie nach seiner Ansicht den Erhalt ihres Jobs über die wissenschaftlichen Fakten stelle.

Klinische Diagnostik darf nicht von spontanen privaten Überzeugungen abhängen. Gerade deshalb existieren standardisierte Kriterien. Wenn die Fachperson jedoch zugleich erkennen lässt, dass diese Regeln im konkreten Fall zu einem möglicherweise unzureichenden Ergebnis führen, kann sie sich nicht ohne Weiteres auf ihre bloße Anwendung zurückziehen. Dann müsste zumindest die Reichweite des Befunds begrenzt und die bestehende Unsicherheit transparent dokumentiert werden.

Es müsste im Befund stehen. Besonders dann, wenn ein politisches Spannungsverhältnis zwischen der Ambulanz und dem Autor bestand, welches offensichtlich auch die Diagnostikerinnen bewegte. Denn sie konnten es nicht lassen, nach den Klagegründen zu fragen. Sie konnten die Neutralität damit nicht aufrechterhalten. Im Film würde man sagen, sie verstießen gegen die vierte Wand. Sie schauten direkt in die Kamera und zerstörten damit die Illusion der Geschichte.

Die private Einschätzung blieb somit folgenlos. Der aktuelle Forschungsstand zu Spezialinteressen blieb folgenlos. Die Einwände des Autors blieben folgenlos.

Das offizielle Ergebnis entstand damit nicht notwendig aus der Wirklichkeit, die eine der beteiligten Personen für die vollständigste hielt. Es entstand aus jener Wirklichkeit, die institutionell kodierbar und mit der Krankenkasse abrechenbar war.

Es zeigt sich, dass die Diagnostikerinnen sich letztlich nach den Regeln des Kapitalismus, nach den Gepflogenheiten von Festangestellten verhielten, während der Autor sein Leben riskierte, um der Forschung aus seiner Sicht wichtige Daten zu liefen.

Nach der Verneinung eines Spezialinteresses ging das Gespräch zu den sozialen Schwierigkeiten über. Auch in diesem Bereich waren nach Darstellung der Ambulanz keine ausreichenden Auffälligkeiten festgestellt worden. Der Autor wies wieder darauf hin, dass er 53 Jahre alt, hochbegabt und seit Jahrzehnten daran gewöhnt sei, soziale Interaktion bewusst zu analysieren und zu kontrollieren. Er hatte Psychotherapie gelernt, als Künstler mit unterschiedlichen Rollen gearbeitet und sich wissenschaftlich mit Kommunikation und Masking beschäftigt. Dass er während weniger Stunden mit Diagnostikerinnen ein Gespräch führen konnte, erklärte daher aus seiner Sicht nicht, weshalb er über Jahrzehnte in beruflichen, institutionellen und privaten Zusammenhängen immer wieder missverstanden und sozial ausgeschlossen worden war.

Sein Leben war voller kommunikativer Missverständnisse.

Er drängte die Diagnostikerin ihm zu erklären, was er denn nun genau nicht können müsse. Das von der Diagnostikerin gezeichnete Bild erschien eine Karikatur eines Autisten zu sein, der dumm und nicht lernfähig sei. Jedenfalls dümmer als sie selbst. Ungeschickt in der Sprache und unfähig jemanden direkt anzusehen.

Der Autor erwiderte (Gedächtnisprotokoll): *„Mir ist klar, dass Sie als Humboldt-Ambulanz ein Problem haben, weil sie die sozialen Defizite massiv gegenüber den Denken und dem Erleben von Autist:innen überbewerten. Das ist allgemein bekannt. Aber dass Sie derart über Autist:innen denken, also dieses Bild von Autismus stimmt einfach nicht. Für wie dumm halten Sie uns? Wie kommen Sie auf die Idee jemand könnte das in Jahrzehnten nicht lernen?“*

Er verweis umfassend darauf, dass dieses Urteil sein Leben voller sozialer Missverständnisse und Ausgrenzungen nicht abbilde. Es habe mit der Realität nichts zu tun. Die Ambulanz würde eine clowneske Phantasie eines Autisten konstruieren, der wie ein Roboter ist.

Ein diagnostischer Ansatz, der gelingende situative Reziprozität stark gegen Autismus gewichtet, gerät in einen offensichtlichen Validitätskonflikt mit der realen Vielfalt anerkannter und selbst offen auftretender Autist:innen. (Greta Thunberg, Julien Assange, Elon Musk…) Der Autor ähnelte im Auftreten beispielsweise sehr dem deutschen Biologen und vermeintlichen Autisten Mark Benecke, mit dem er Jahre früher gemeinsam auf einer öffentlichen Veranstaltung war. Wer also Autist:innen nur hölzern begreift, läuft Gefahr, nicht Autismus zu erfassen, sondern vor allem dessen mangelnde Kompensation und unmittelbare soziale Sichtbarkeit.

Der Autor tritt in öffentlichen und fachlich gebundenen Situationen häufig kommunikativ, humorvoll und stark reziprok auf. Dieses Auftreten ähnelt dem performativen Stil hoch spezialisierter öffentlicher Wissenschaftskommunikatoren. Es widerlegt jedoch keine neurodivergente oder autistische Grundstruktur, sondern kann gerade Ausdruck einer über Jahrzehnte entwickelten, thematisch gebundenen und hoch kontrollierten sozialen Performanz sein. Entscheidend wäre daher nicht allein, ob Reziprozität beobachtbar ist, sondern wie sie erzeugt wird, unter welchen Bedingungen sie verfügbar bleibt und welche Kosten ihre Aufrechterhaltung verursacht.

Wenn der Autor einzelne Bewertungen bestritt, verwiesen die Diagnostikerinnen immerzu auf das Gesamtbild. Nach seinem Eindruck ließ sich dieses Gesamtbild jedoch nicht unabhängig von genau

jenen Teilannahmen erläutern, denen er widersprach. Je mehr einzelne Feststellungen infrage gestellt wurden, desto stärker wurde die Gesamtschau als letzte Begründung aufgerufen.

Die Gesamtschau funktionierte damit nicht mehr nur als notwendige Integration unterschiedlicher Daten. Sie wurde zu einer Ebene, die sich einer direkten Überprüfung entzog. Einzelne Beobachtungen konnten fehlerhaft oder missverständlich sein; das Gesamturteil sollte dennoch bestehen bleiben. Auf die Frage, wie sich dieses Gesamturteil nach Wegfall der bestrittenen Annahmen noch zusammensetzte, erhielt der Autor keine konkrete Antwort.

Die Diagnostikerin war nicht in der Lage darauf zu antworten, oder wollte es nicht.

Es existierten vom subjektiven Bauchgefühl abgesehen, wenn man die diagnostische Kompetenz darauf provokant reduzieren möchte, nun kaum noch konkrete Fakten, die Autismus widersprachen. Der Autor konnte das zumindest überwiegend beurteilen, weil er hier nicht frei von fachlicher Kenntnis war. Auch ohne dieses kam man auch mit Hausverstand in der Kritik bereits sehr weit.

Die Einschätzung des Spezialinteresses und des repetitiven Verhaltens war offensichtlich als fehlerhafte Einschätzung belegt worden. Darauf gab es von der Ambulanz keinerlei Reaktion. Es wurde durch den Autor auf hohe Maskingwerte verwiesen, welche die sozialen Defizite verdecken könnten. Das wurde wissenschaftlich schon durch das beigelegte Paper im Vorfeld vom Autor umfassend begründet. Es wurde ADOS als für das Profil völlig ungeeignet erklärt. Die Humboldt hatte das selbst im Gutachten später ausgesagt. Alles, was demnach als wissenschaftlich tragfähig zurückblieb und gegen Autismus sprach, war das vertiefte Interview, das reichlich dünn war, und der Verweis auf ein nun ominös erscheinendes „Gesamtbild“. Was für Autismus sprach, waren massiv hohe Screeningwerte, die Aussage einer Psychotherapeutin, die den Autor seit über zehn Jahren kannte, sowie 3–4000 Seiten an öffentlich zugänglichen Publikationen des Autors, in denen sein Leben umfassend dokumentiert und mitunter im Kontext mit Autismus analysiert worden war.

Im Verlauf des Gesprächs geriet die ältere Diagnostikerin zunehmend in eine Verteidigungshaltung. Sie wies mehrfach darauf hin, dass sie nicht mehr viel Zeit habe und bald zu einem weiteren Termin müsse. Man saß gerade 30 Minuten zusammen.

Damit wiederholte sich die zeitliche Struktur des ersten Diagnostiktages: Auch das Abschlussgespräch, in dem ein existenziell bedeutsames und stark bestrittenes Ergebnis erläutert werden sollte, stand nun unter dem Druck eines nachfolgenden Termins.

Dies war besonders problematisch, weil das Rückmeldegespräch die erste reale Möglichkeit darstellte, das von der Ambulanz erzeugte Bild zu prüfen. Die Diagnostik hatte über Wochen Daten gesammelt und intern ausgewertet. Dafür brauchte man sechs Wochen von der Diagnostik bis zum Teamgespräch. Es ist anzunehmen, dass allein durch den zeitlichen Abstand Daten verloren gingen.

Für eine ernsthafte Korrektur war der vorgesehene Zeitraum kaum geeignet.

Wie hätte man Notizen korrigieren sollen, an deren Details und Kontextualisierung sich die Diagnostiker:innen nach über 6 Wochen selbst kaum noch hätten erinnern können? Jedenfalls nicht in der hierfür erforderlichen Präzision.

Im Zusammenhang mit den diagnostischen Grundlagen fragte der Autor, ob nach ICD-11 diagnostiziert worden sei. Die Diagnostikerin erklärte, die Ambulanz arbeite nach ICD-10. Daraufhin entstand eine längere Auseinandersetzung über die Differenz zwischen klinischer Diagnostik und aktuellem wissenschaftlichem Wissensstand.

Der Autor argumentierte, dass ein stark maskierender, hochbegabter Erwachsener mit einer bereits bestehenden ADHS-Diagnose innerhalb eines älteren diagnostischen Rahmens besonders leicht übersehen und diskriminiert werden könne. Er verwies darauf, dass moderne Autismusforschung Masking, Kompensation und heterogene Erscheinungsformen wesentlich stärker berücksichtige.

Die Diagnostikerin erklärte, klinische Diagnostik und Wissenschaftlichkeit seien nicht identisch. Wiederholt habe sie zudem angedeutet, privat könne sie manche Punkte anders sehen, innerhalb des Verfahrens müsse sie sich jedoch an die bestehenden Vorgaben halten.

Diese Aussage brachte die vier Realitäten in ihrer ganzen Schärfe hervor.

Das Gutachten machte aus diesem Chaos ein amtliches Dokument. Das war fatal.

Man bedenke: Es ging hier um ein Menschenleben, um eine Entscheidung mit massiven Konsequenzen.

Für den Autor bedeutete dies, dass die Ambulanz ihm gegenüber eine eindeutige Nichtdiagnose erzeugte, obwohl im Gespräch zugleich erkennbar wurde, dass die Grundlagen dieser Eindeutigkeit selbst umstritten waren.

Die Diagnostikerinnen konnten sich darauf zurückziehen, der Befund sei lediglich eine klinische Einschätzung. Für Gerichte, Versorgungsämter, Krankenkassen und andere Behörden war er jedoch weit mehr. Dort würde der Briefkopf einer universitären Spezialambulanz gerade als Zeichen wissenschaftlicher Autorität behandelt werden. Die institutionelle Bescheidenheit im Gespräch und die institutionelle Macht außerhalb des Raumes standen damit in einem erheblichen Missverhältnis.

Die Ambulanz konnte sagen: Es ist nur unsere Einschätzung.

Der Staat würde daraus machen: Es liegt kein Autismus vor.

Genau darin lag für den Autor die Gewalt der Situation. Die Zweifel blieben privat, die Begrenzungen blieben wissenschaftliche Fußnoten, aber das negative Urteil wurde öffentlich wirksam.

Das Rückmeldegespräch war an diesem Punkt noch nicht beendet. Nach der Diskussion um Spezialinteresse, soziale Kommunikation, Gesamtschau und diagnostische Grundlagen folgten die einzelnen Testergebnisse, die Fremdanamnese sowie die alternativen diagnostischen Einordnungen. Doch bereits jetzt war die Grundstruktur des Konflikts sichtbar geworden: Die Beteiligten sprachen nicht mehr nur über verschiedene Bewertungen derselben Daten. Sie bewegten sich in vier Realitäten, von denen nur eine die Macht besaß, offiziell zu werden.

Natürlich kann diese Untersuchung nicht alles was in diesem Stunden passierte 1:1 wiedergeben. Es ist denkbar, dass der Autor sich an Stellen falsch erinnert, oder anders gewichtet. Das Problem ist, dass dies nicht dadurch aufgefangen werden kann, dass eine Ambulanz Korrekturen kategorisch verweigert und den Dialog darüber kategorisch abbricht.

Für diese Untersuchung ist es fruchtbar dies überhaupt zu dokumentieren und zur Diskussion zu stellen. Der Autor fällt hier kein abschließendes Urteil, sondern liefert Daten, die Stärken und Schwächen haben.

Hier sei explizit darauf hingewiesen, dass der Inhalt des Befundes (Befundbericht) in dieser Publikation in den wesentlichen Daten und Einschätzungen vollständig wiedergegeben wird, es sich bei der Grundlage aber um eine Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse von 4 A4-Seiten handelte. Dem Autor waren somit nicht alle Unterlagen zugänglich. Er konnte einen kurzen Blick auf Notizen der Diagnostiker:innen werfen, diese aber nicht vollständig lesen. Entscheidend ist hier, dass auf Nachfrage nicht mehr Information gegeben, sprich nicht mehr Zugang ermöglicht wurde.

Die Ambulanz schirmte sich ab.

7. **Komorbiditäten und sekundäre Belastungsfolgen**

Nachdem die Humboldt-Universität Autismus in der Gesamtschau zurückgewiesen hatte, verlagerte sich das Rückmeldegespräch auf andere mögliche Erklärungen der gesundheitlichen und sozialen Schwierigkeiten des Autors. Im schriftlichen Befund wurden neben der bereits vorbestehenden ADHS-Diagnose eine Dysthymie sowie eine Akzentuierung narzisstischer Persönlichkeitszüge festgehalten. Zusätzlich ergab die Liebowitz-Skala einen Wert, den die Ambulanz dem Bereich einer generalisierten sozialen Phobie zuordnete.

„Liebowitz-Soziale-Angst-Skala (LSAS) Die LSAS erfasst das Ausmaß sozialer Angst in Form von Furcht und Vermeidung in verschiedenen sozialen Situationen, wie sie typischerweise im Rahmen einer sozialen Phobie auftreten können. Die Gesamtwerte reichen von 0 bis 144/Punkten, wobei höhere Werte auf ein stärker ausgeprägtes Ausmaß sozialer Angst hinweisen. Gesamtwerte von 0-29 gelten als unauffällig, Werte von 30-59 sprechen für eine (nicht generalisierte) soziale Phobie, und Werte ab 60 werden im Sinne einer generalisierten sozialen Phobie interpretiert. Sie erreichten einen Gesamtwert von 66 Punkten, bestehend aus Furcht in sozialen Situationen (34) und Vermeidung sozialer Situationen (32). Beck-Depressions-Inventar (BDI) Das BDI erfasst das Ausmaß depressiver Symptomatik. Die möglichen Gesamtwerte reichen von 0 bis 63 Punkten, wobei höhere Werte auf eine stärkere Ausprägung depressiver Beschwerden hinweisen. Werte von 08 gelten als unauffällig, 9-13 als milde, 14-19 als leichte, 20-28 als mittelschwere und 29-63 als schwere depressive Symptomatik. Sie erreichten einen Gesamtwert von 30 Punkten.“

Der Autor erwiderte sofort, dass dies alles falsch sei. Er habe keine soziale Phobie. Er könnte sofort auf eine Bühne vor 1000 Menschen treten und einen frei erfundenen Song singen. Soziale Interaktionen würden ihn erschöpfen, er hätte daher eine Abneigung dagegen, aber keinerlei Angst.

Wieder kam keinerlei Reaktion von den Diagnostiker:innen.

Auch sei er nicht depressiv, wie man siehe weiter oben im Text, zum Termin am Anfang der Diagnostik festgestellt hatte. Dies könne ein Teilaspekt sein, aber Depression erkläre nicht das Gesamtbild.

Diese Befunde waren nicht nebensächlich. Sie übernahmen innerhalb der Gesamtbeurteilung eine doppelte Funktion. Einerseits sollten sie vorhandenes Leiden benennen. Andererseits wurden sie dazu verwendet, Auffälligkeiten zu erklären, die nach dem Ausschluss von Autismus weiterhin

erklärungsbedürftig blieben. Der Befund schrieb später ausdrücklich: *„Die Auffälligkeiten in den Fragebögen AQ und SRS können unserer Einschätzung nach am ehesten durch Unsicherheiten im Rahmen der narzisstischen Persönlichkeitszüge und der ADHS erklärt werden."*

„Am ehesten" ist aber kein Fakt. Das ergab schon deswegen keinen Sinn, weil diese Messwerte genau das nicht aussagten, worauf gleich noch eingegangen wird. Man hätte das im Detail prüfen müssen, statt pauschal auf eine reine Möglichkeit zu verweisen, um damit Unstimmigkeiten in der Gesamtbewertung zu marginalisieren.

Da das nicht konkret begründet wurde, anhand der konkreten Antworten innerhalb dieser Befragungen, wodurch sich gezeigt hätte, dass weder ADHS noch Persönlichkeitsstörungen das Bilder erklären, blieb dies eine nicht belegte Behauptung, die aber wie eine Widerlegung von Autismus behandelt wurde.

Aus dem Gutachten: *„Es zeigen sich einzelne Auffälligkeiten, insbesondere im Bereich der sozialen Interaktion, jedoch nicht in den anderen Kernbereichen. Die von Ihnen geschilderten Schwierigkeiten sind dennoch gut nachvollziehbar und können im Zusammenhang mit anderen psychischen Belastungen oder Persönlichkeitsmerkmalen verstanden werden."*

Es „kann" so ziemlich alles als Persönlichkeitsmerkmal verstanden werden. Man wäre überrascht wie einfach das sein kann. Man hält die eigene Leistung für gut. Ein Hinweis auf Narzissmus. Man zweifelt die Steuererklärung an. Ein Hinweis auf paranoide Persönlichkeit.

Es gibt Gründe warum man Diagnosen einer speziellen Prüfung unterzieht. Damit sie nicht zu Projektionen werden, um einem bestimmten Zweck zu dienen, beispielsweise der Verdeckung oder Erzeugung von Alternativen Lesarten.

Alternativerklärungen mussten sich an einem anspruchsvollen Maßstab messen lassen. Sie mussten nicht nur einzelne Symptome abbilden. Sie mussten erklären, weshalb der Autor seit Jahrzehnten in gewöhnlichen Erwerbs- und Sozialstrukturen scheiterte, gleichzeitig aber mit außergewöhnlicher Ausdauer an einem einzigen zusammenhängenden Werk arbeitete; weshalb soziale Kommunikation situativ möglich, langfristig jedoch immer wieder brüchig war; weshalb es zu wiederholten Dekompensationen kam; und weshalb mehrere autismusbezogene Screeningverfahren unabhängig voneinander deutlich auffällige Ergebnisse erzeugten.

Eine Alternative ist erst dann diagnostisch überlegen, wenn sie mehr erklärt als die verworfene Hypothese. Es genügt nicht, einzelne Begriffe auf einzelne Symptome zu verteilen.

So gab es zwar ein Gesamtbild innerhalb der Diagnostik, welches den Diagnostikerinnen stimmig erschien, aber es gab keine Überprüfung dieses gegen das Gesamtbildes des Lebens und Leidens der betroffenen Person. Denn dort wies der Autor auf massive Unstimmigkeiten hin.

Es ist ein Unterschied, ob man sagt die hohen Autismuswerte könnten auch durch Persönlichkeitsstörungen erklärbar sein, oder ob man überprüft hat, ob sich dafür im realen Leben der Person tatsächlich derart viele Hinweise zeigen, dass dies das Leben und Leiden der Person besser erklärt. Dafür fehlte aber bei den Alternativen schon die Langzeitwirkung über 30 Jahre und länger, in der sich aber für Autismus lesbare Symptome zeigten.

Soziale Angst oder soziale Überlastung

Im schriftlichen Bericht wurde für die Liebowitz-Soziale-Angst-Skala ein Gesamtwert von 66 angegeben, zusammengesetzt aus 34 Punkten im Bereich Furcht und 32 Punkten im Bereich Vermeidung. Nach der im Befund erläuterten Auswertung lag dieser Wert im Bereich einer generalisierten sozialen Phobie.

Der Wert war damit auffällig. Genauso auffällig wie die anderen Werte zu Autismus. Strittig war jedoch seine Bedeutung.

Der Autor bestritt nicht, soziale Situationen häufig zu vermeiden. Ebenso wenig bestritt er, dass soziale Konstellationen mit erheblicher Anspannung verbunden sein konnten. Er widersprach jedoch der Interpretation, diese Vermeidung sei primär durch eine phobische Angst vor Menschen oder sozialer Bewertung verursacht.

Für ihn lag das Problem anders. Menschenansammlungen, unklare Erwartungen, schnelle Wechsel, widersprüchliche Signale und soziale Unvorhersehbarkeit waren erschöpfend. Er vermied solche Situationen nicht notwendig, weil er irrationale Angst vor ihnen hatte, sondern weil er ihre realen Kosten kannte. Sozialer Rückzug konnte demnach eine Reaktion auf Überlastung, Reizdichte, wiederkehrende Missverständnisse und die Erfahrung sein, in sozialen Kontexten regelmäßig falsch gelesen oder ausgegrenzt zu werden.

Außerdem wäre es für jemanden mit sozialer Phobie eher ungewöhnlich, einen öffentlichen Prozess gegen eine große Berliner Institution zu führen, samt Pressemitteilungen. Eine derartige Exponiertheit der eigenen Person in der Öffentlichkeit machte eine soziale Phobie sehr erklärungsbedürftig. Es gibt natürlich auch Rockstars mit sozialer Phobie, aber der Autor hatte von dieser Art Angst nicht wirklich berichtet. Spätestens nach seinem Widerspruch hätte man vertiefen müssen.

Dieser Unterschied ist diagnostisch zentral. Zwei Menschen können dieselbe Situation vermeiden und denselben Fragebogenwert erreichen, obwohl die zugrunde liegenden Mechanismen verschieden sind. Die eine Person fürchtet Demütigung oder negative Bewertung. Die andere erwartet sensorische, kommunikative und kognitive Überlastung. Eine dritte vermeidet die Situation, weil sie aus langer Erfahrung weiß, dass sie danach mehrere Tage zur Regeneration benötigt.

Der Fragebogen misst zunächst Furcht und Vermeidung. Er entscheidet nicht automatisch, warum diese auftreten. Es konnte auch an einem Flüchtigkeitsfehler beim Ausfüllen eines Fragebogens liegen. Vielleicht hatte der Autor mit der Maus an die falsche Stelle geklickt, oder aus Besorgnis etwas würde übersehen, eher übertrieben.

Es entstand der Verdacht, dass die Diagnostiker:innen schlicht vergessen hatten, was vor über sechs Wochen genau diagnostiziert worden war, und die Notizen, wie sie dem Autor auf dem Monitor gezeigt wurden, bestanden nur noch aus Stichworten.

Damit wiederholte sich das bereits bei den Autismusfragebögen sichtbare Problem. Der Wert musste interpretiert werden. Doch gerade diese Interpretation durfte nicht allein aus der Höhe des Wertes folgen. Es hätte geklärt werden müssen, worauf sich die Furcht richtete, welche Gedanken, körperlichen Reaktionen und Erwartungen in den jeweiligen Situationen bestanden und ob die

Vermeidung durch Angst, Überlastung, Reizschutz, negative Lernerfahrung oder eine Verbindung dieser Faktoren erklärt wurde.

Dafür reichte aber die Zeit des Settings nicht. Die Diagnostikerinnen rasten durch das Verfahren. Auch das Dauergeklimper ihrer Tastaturen lenkte massiv ab.

Welchen wissenschaftlich tragfähigen Gehalt hatten dann überhaupt diese Differenzialdiagnosen für sich, wenn sie nur als Nebenprodukt einer Autismus-Diagnostik stattfanden? Welches Recht hatte man sie als Befund zu formulieren, obwohl es letztlich nur Verdächtigungen sein konnten?

Nun, man brauchte diese eben als genau das als das man sie präsentierte. Als tragfähige Ausweicherklärungen für die Abweisung einer Autismusdiagnose. Man musste die Abweisung irgendwie erklären. Die Betonung liegt auf „irgendwie“.

Die diagnostische Frage hätte daher nicht lauten dürfen, ob der Autor soziale Situationen vermied. Das war unstrittig. Sie hätte lauten müssen:

> Was genau wurde vermieden, warum wurde es vermieden und welche Funktion erfüllte die Vermeidung?

Ohne diese Klärung drohte ein autistischer oder neurodivergenter Selbstschutz in das Vokabular einer Angststörung übersetzt zu werden.

Es geht in dieser Untersuchung wie am Anfang formuliert nicht so sehr darum zu klären ob es eine soziale Phobie gab, oder Autismus, sondern um die Frage ob das überhaupt eine seriöse Diagnostik ist. Kann man hier von einer wissenschaftlich tragfähigen Diagnostik sprechen? Ja, oder Nein? Und was sind die Konsequenzen für die Autismus-Diagnostik an sich, die an vielen Ambulanzen genau so vollzogen wird?

Dysthymie oder chronische Erschöpfung

Noch deutlicher zeigte sich das Problem bei der Diagnose einer Dysthymie.

Der Befund führte einen BDI-Wert von 30 an und erklärte, der Autor habe in den strukturierten klinischen Interviews die Kriterien einer Dysthymie erfüllt. Die gerichtlichen Auseinandersetzungen trügen nach Aussage der Ambulanz zur Aufrechterhaltung der depressiven Erkrankung „im Sinne einer chronischen Erschöpfung“ bei.

Bereits diese Formulierung vermischte zwei unterschiedliche Phänomene: depressive Verstimmung und chronische Erschöpfung. Erschöpfung kann Teil einer Depression sein. Sie kann aber ebenso aus dauerhafter Überlastung, Schlafmangel, chronischem Stress, ADHS, autistischem Burnout, Armut, gesundheitlichen Erkrankungen oder einer Kombination dieser Faktoren hervorgehen.

Der Autor hatte diese Unterscheidung nicht erst nach Erhalt des Befunds erhoben. Schon während des ersten Diagnostiktermins war nach seiner Dokumentation ausführlich zwischen Depression und Erschöpfung unterschieden worden. Die Diagnostikerin hatte dabei zunächst den Eindruck geäußert, er scheine keine Depression zu haben. Der Autor erklärte, er neige nicht zu depressiver Leere. Er sei weder Hoffnungslos, noch resigniert. Auch in schweren Krisen bleibe das Interesse an seiner Arbeit

erhalten. Je größer die äußere Krise werde, desto stärker könne sich die Aufmerksamkeit auf das Werk verengen. Dort finde er weiterhin Energie, Sinn und kognitive Aktivität.

Es stellt sich auch die Frage wie jemand mit einer derart starken Depression die Kraft aufbringt bis zum Bundesverfassungsgericht zu klagen. Das schließt es nicht völlig aus, aber macht doch nachdenklich.

Am 28. Juni 2026 hatte er die Ambulanz zudem schriftlich gebeten, mögliche Komorbiditäten, Burnout und sekundäre Belastungsfolgen ausdrücklich im Gutachten einzuordnen. Die Ambulanz antwortete, sie werde versuchen, dies zu berücksichtigen.

Damit war die Differenzialfrage vor Abschluss des Verfahrens klar benannt:

> Handelte es sich um eine primäre chronisch-depressive Erkrankung, oder war die Erschöpfung eine sekundäre Folge langjähriger neurodivergenter Überlastung, institutioneller Konflikte, Masking und fehlender Umweltpassung?

Der spätere Bericht beantwortete diese Frage nicht nachvollziehbar. Er benannte eine Dysthymie und fügte die chronische Erschöpfung in deren Erklärung ein. Damit wurde jedoch gerade das als Folge der Depression behandelt, was nach Auffassung des Autors selbst Gegenstand der Differenzialdiagnostik sein sollte.

Der BDI-Wert von 30 dokumentierte eine erhebliche aktuelle Belastung. Auch hier war aber nicht jede bejahte Antwort diagnostisch eindeutig. Schlafbedürfnis, Erschöpfung, Leistungsabfall, körperliche Belastung und die Erfahrung, seit Jahren in Gerichts- und Verwaltungsverfahren festzustecken, konnten hohe Depressionswerte erzeugen, ohne dass all diese Symptome aus einem primär depressiven Prozess hervorgehen mussten.

Man konnte durchaus auch depressiv und autistisch sein.

Besonders wichtig war die zeitliche und funktionale Struktur. Der Autor berichtete nicht von einer allgemeinen Auflösung seiner Interessen, einer durchgehenden inneren Leere oder einem Verlust der Fähigkeit, Freude und Sinn zu erleben. Seine Handlungsfähigkeit war selektiv. Sie brach in fremdgesteuerten, administrativen und sozialen Zusammenhängen ein, während sie innerhalb des eigenen Werkes teilweise erhalten blieb oder sich sogar verstärkte.

Der Autor hatte formuliert: *„Mein Handeln ist extrem von Sinn getrieben. Solange etwas Sinn ergibt, habe ich Energie."* Das Fehlen von Energie beim Diagnostiktermin hing überwiegend damit zusammen, dass das langwierige Verfahren in Erschöpfung und Sinnverlorenheit trieb.

Eine Depression kann ebenfalls selektiv verlaufen. Doch gerade dann muss erklärt werden, weshalb das Muster besser zu Dysthymie als zu chronischer neurodivergenter Überlastung passt. Der Befund zeigte diese Abwägung nicht. Es wurde nicht differenziert.

Auf Nachfrage konnte die Diagnostikerin nicht erklären wie sie zu der Diagnose gelangt war. Sie scrollte aufgeregt durch Notizen, weil sie sich nicht mehr erinnerte. Auf diese Wiese konnte nichts mehr überprüft werden.

Stattdessen entstand eine eigentümliche diagnostische Bewegung: Die massive Erschöpfung wurde zunächst als Teil einer Dysthymie kodiert, während die Möglichkeit eines autistischen Burnouts praktisch aus dem Bild verschwand, nachdem Autismus ausgeschlossen worden war.

Oder anders formuliert. Damit man Autismus ausschießen konnte, musste man die Symptome von autistischem Burnout irgendwie anders erklären. Damit hing die Komorbiditätsdiagnostik logisch von der vorherigen Autismusentscheidung ab. War Autismus einmal verneint, konnte auch autistischer Burnout kaum noch als Erklärung berücksichtigt werden. Die vorherige Entscheidung bestimmte somit, welche Formen von Erschöpfung anschließend überhaupt denkbar blieben.

Auch hier widersprach der Autor und erklärte den Unterschied, aber wurde ignoriert. Man ging nicht auf Widersprüche ein.

Dass man die sozialen Verhältnisse als logische Grundlage für eine Depression konstruierte, konnte von einer Bias zeugen, die auf Klassismus basiert. Die Armen hätten eben alle eine Depression. Ist ja logisch. Akte abgeschlossen.

Das Problem der sekundären Belastungsfolgen

Im Fall des Autors lagen jahrelange institutionelle und existenzielle Belastungen vor. Dazu gehörten Armut, fehlende diagnostische Anerkennung, wiederholte Auseinandersetzungen mit Behörden und Gerichten, blockierte Hilfen, Sorge um die eigene Existenz sowie die dauerhafte Anforderung, die eigene Lebensrealität gegenüber Institutionen immer wieder neu beweisen zu müssen.

Dass diese Bedingungen depressive Symptome erzeugen oder verstärken können, ist nicht überraschend. Die entscheidende Frage lautet jedoch, welche Stellung diese Symptome innerhalb der Fallkonzeption einnehmen.

Sind sie die primäre Erklärung des gesamten Lebensverlaufs?

Oder sind sie das Ergebnis eines Lebensverlaufs, dessen zugrunde liegende Struktur weiterhin ungeklärt blieb?

Der Befund erkannte die gerichtlichen Auseinandersetzungen als aufrechterhaltenden Belastungsfaktor an. Er untersuchte jedoch nicht erkennbar, weshalb es über Jahre zu diesen Auseinandersetzungen kam, weshalb der Autor in institutionellen Zusammenhängen wiederholt eskalierte und weshalb dieselbe Konstellation aus Detailtiefe, Beharrlichkeit, Regelorientierung, Überlastung und Kommunikationskonflikten in unterschiedlichen Bereichen erneut auftrat.

Die Gerichtsverfahren erschienen so als Ursache der psychischen Belastung. Sie waren aber gleichzeitig Material einer möglichen neurodivergenten Lebensstruktur. Es wurde vollkommen außer Acht gelassen, dass der Autor, was im Werk erkennbar war, die Behörden mit autistischer Genauigkeit kritisierte und kleinste Fehler nicht ignorieren konnte, wenn sie zu massiven Missständen führten. Er wäre auch als eine Art Greta Thunberg (Autistin) der Sozialstaatskritik erkennbar gewesen. Die Diagnostikerin hielt sogar das Buch des Autors in den Händen, mit dem Titel: *„Speeds Arbeit: Eine autistische Intervention in den Arbeitsbegriff - In Zeiten von KI und Robotik (Artistic Research - Neurodivergente Forschung).*

Der Autor geriet nicht zufällig in diese Verfahren. Er führte sie mit außergewöhnlicher Intensität, weil er Widersprüche, Ungerechtigkeiten und strukturelle Fehler nicht unbeachtet lassen konnte und weil von den Ergebnissen seine Existenz abhing.

Eine rein depressive Einordnung drohte daher erneut, die Folgen zu benennen und die zugrunde liegende Architektur auszulassen.

Komorbidität oder Ersatzdiagnose

Komorbiditäten widersprechen einer Autismusdiagnose nicht. ADHS, Angststörungen, depressive Erkrankungen und Erschöpfung können neben Autismus bestehen. Bei spät diagnostizierten Erwachsenen sind psychische Folgeprobleme sogar erwartbar, wenn über Jahrzehnte keine passende Erklärung, Unterstützung oder Umweltanpassung verfügbar war.

Genau deshalb war es methodisch problematisch, die zusätzlichen Befunde vor allem als Alternativen zu verwenden. Die Frage hätte nicht nur lauten dürfen:

> Können Dysthymie, soziale Angst, ADHS oder Persönlichkeitsmerkmale einzelne Auffälligkeiten erklären?

Sie hätte auch lauten müssen:

> Können diese Belastungen selbst Folgen einer über Jahrzehnte nicht erkannten neurodivergenten Struktur sein?

Im Befund wurde die ADHS-Diagnose als klinisch plausibel übernommen, ohne sie erneut zu untersuchen. Dysthymie und narzisstische Persönlichkeitszüge wurden neu festgestellt. Diese drei Bereiche sollten anschließend gemeinsam erklären, weshalb die Autismusfragebögen deutlich auffällig ausfielen.

Genau das konnten sie aber nicht. Auf Nachfrage waren beide Diagnostiker:innen nicht in der Lage zu erklären wie sie zu dieser Einschätzung gelangten, sondern verwiesen auch hier wieder auf die ominöse Gesamtschau.

Damit entstand jedoch kein zusammenhängendes Alternativmodell. ADHS erklärte Teile der Aufmerksamkeit, Impulsivität und Organisation. Dysthymie sollte Erschöpfung und Belastung erklären. Soziale Angst sollte Vermeidung sozialer Situationen erfassen. Narzisstische Persönlichkeitszüge sollten offenbar weitere Unsicherheiten und Selbstbezug plausibilisieren.

Die von ihnen verkürzte Version der Biografie wurde auf mehrere diagnostische Kategorien verteilt.

Doch Verteilung ist nicht dasselbe wie Erklärung.

Ein tragfähiges Modell hätte zeigen müssen, wie diese verschiedenen Diagnosen gemeinsam die über Jahrzehnte konstante Struktur hervorbrachten: die extreme Werkbindung, die Abhängigkeit von selbstbestimmter Arbeit, die soziale Fähigkeit-Funktions-Diskrepanz, die wiederkehrenden institutionellen Kollisionen, die Maskingwerte, die repetitiven Interessen und die langfristigen Kosten der Anpassung.

Gerade dies blieb offen.

Wenn nur eines dieser Alternativen versagte, versagten alle und es versagten schließlich alle.

Den Diagnostiker:innen lag (Anhang 1) die wissenschaftliche Erklärung zur Erklärungsbedürftigkeit der Ablehnung einer Autismus-Hypothese bereits im Vorfeld der Diagnostik vor. Diese zeigte die massive Erfordernis einer umfangreichen Alternativbegründung. Das hatte auch juristische Konsequenzen. Diese wurde in die Diagnostik als Beleg eingeführt. Die Ambulanz ging mit keinem Wort darauf ein, sprich überprüfte offenbar die daraus entstehenden Lücken in ihrem Gutachten nicht. Juristisch ein massiver Fehler.

Die Umkehr der Beweislast

Die Komorbiditätsdiagnostik erhielt damit eine eigentümliche Funktion. Die Autismus-Hypothese musste ihre gesamte biografische Reichweite beweisen. Die Alternativdiagnosen mussten dagegen offenbar nur einzelne Symptome berühren, um als Erklärung zugelassen zu werden.

Hohe autismusbezogene Werte wurden als unspezifisch relativiert. Ein hoher BDI-Wert konnte dagegen unmittelbar eine depressive Diagnose stützen. Die Vermeidung sozialer Situationen konnte als soziale Angst gelesen werden, ohne den Mechanismus der Vermeidung vollständig zu klären. Die langjährige Werkbindung musste strenge Kriterien eines Spezialinteresses erfüllen; einzelne Antworten zu Anerkennung, Neid oder Selbstwert konnten später (siehe weiter unten im Text) zur Begründung narzisstischer Persönlichkeitszüge herangezogen werden, obwohl man selbst sagte, dass man keinen Narzissmus diagnostizierte. Man deutete diesen nur an. Man stellte ihn in den Raum und schwieg dazu.

Es galten unterschiedliche Schwellen der Erklärungsbedürftigkeit.

Für Autismus wurde eine durchgehende, früh beginnende und in allen Kernbereichen hinreichend eindeutige Struktur verlangt. Für die Alternativen reichten teilweise aktuelle Fragebogenwerte, wenige Interviewaussagen und klinische Interpretation.

Gerade weil der Fall komplex war, hätte die diagnostische Vorsicht in beide Richtungen gelten müssen. Unsicherheit durfte nicht nur die Autismus-Hypothese schwächen. Sie musste ebenso die Sicherheit der Alternativerklärungen begrenzen.

Keine Hilfe durch begriffliche Verschiebung

Der Autor hatte die Ambulanz ausdrücklich um eine Einordnung sekundärer Belastungsfolgen gebeten. Er wollte wissen, weshalb er erschöpft war, weshalb er wiederholt dekompensierte und welche Form der Behandlung oder Entlastung daraus folgen könnte.

Der Befund lieferte die Diagnose einer Dysthymie und empfahl eine ambulante Verhaltenstherapie.

Damit war zwar eine behandlungsfähige Kategorie benannt. Unklar blieb jedoch, welche konkrete Fallkonzeption dieser Empfehlung zugrunde lag. Sollte die Therapie depressive Denkmuster

verändern? Soziale Ängste abbauen? Selbstwert und narzisstische Unsicherheiten bearbeiten? Die ADHS-Folgen strukturieren? Oder die jahrzehntelange Überlastung durch institutionelle und soziale Fehlpassung auffangen?

Die Empfehlung blieb allgemein, weil auch das Alternativmodell allgemein blieb.

Die Komorbiditäten erklärten daher nicht notwendig mehr. Sie ermöglichten vor allem, das verbleibende Leiden nach Ausschluss von Autismus in bereits verfügbare klinische Kategorien zu überführen.

Genau hier liegt die entscheidende Differenz zwischen Benennung und Erklärung.

Der Autor bestritt nicht, erschöpft, belastet und in Teilen depressiv symptomatisch zu sein. Er bestritt, dass diese Begriffe die Struktur seines Lebens hinreichend erklärten. Sie bezeichneten Zustände, die nach Jahrzehnten des Scheiterns und der Überlastung zu erwarten waren. Sie erklärten aber nicht, weshalb dieses Scheitern und diese Überlastung in genau dieser Form entstanden waren.

Die Komorbiditätsdiagnostik beantwortete damit die Frage:

> Welche Symptome sind gegenwärtig sichtbar?

Sie beantwortete nicht die für den Autor entscheidende Frage:

> Welche Struktur hat diese Symptome über Jahrzehnte hervorgebracht?

Die narzisstische Persönlichkeitsakzentuierung erhielt innerhalb dieses Erklärungsmodells eine noch weitergehende Funktion. Sie beschrieb nicht nur einen zusätzlichen Belastungsbereich, sondern drohte das Beharren des Autors auf seiner eigenen Evidenz, seine künstlerische Selbstverwendung und seine Kritik an der Ambulanz selbst zu pathologisieren. Dies bedarf einer gesonderten Untersuchung.

8. Die narzisstische Persönlichkeitsakzentuierung

Die problematischste alternative Einordnung des Befundberichts war die Zuschreibung einer narzisstischen Persönlichkeitsakzentuierung. (Z73G)

Im schriftlichen Bericht hieß es:

> *„Im Bereich Persönlichkeitsstörungen besteht bei Ihnen eine narzisstische Persönlichkeitsakzentuierung (Z73.1). Eine narzisstische Person zeichnet sich u.a. durch ein grandioses Gefühl der eigenen Wichtigkeit, Defizite in der Empathiefähigkeit, Neidgefühle gegenüber anderen beziehungsweise die Überzeugung, von anderen beneidet zu werden, sowie arrogante oder überhebliche Verhaltensweisen und Einstellungen."*

Diese Formulierung war zunächst widersprüchlich. Einerseits diagnostizierte die Ambulanz keine voll ausgeprägte narzisstische Persönlichkeitsstörung, sondern eine Persönlichkeitsakzentuierung. Andererseits folgte unmittelbar eine allgemeine Beschreibung „einer narzisstischen Person", die zentrale Merkmale einer pathologischen narzisstischen Struktur aufzählte. Für externe Leser:innen,

Behörden und Gerichte konnte dadurch leicht der Eindruck entstehen, es sei eine klinisch abgesicherte narzisstische Persönlichkeitsproblematik festgestellt worden.

Das grenzte an Verleumdung.

Die Unterscheidung zwischen Persönlichkeitsakzentuierung und Persönlichkeitsstörung ist jedoch erheblich. Eine Akzentuierung bezeichnet zunächst stärker hervortretende Eigenschaften, die nicht notwendig den Schweregrad, die Starrheit, die umfassende Beeinträchtigung und die biografische Stabilität einer Persönlichkeitsstörung erreichen. Sie kann weder mit einer vollständigen narzisstischen Persönlichkeitsstörung gleichgesetzt noch ohne weitere Begründung als umfassende Alternativerklärung für ein jahrzehntelanges Funktionsprofil verwendet werden.

Im vorliegenden Befund blieb aber unklar, welche konkreten Beobachtungen welchen narzisstischen Eigenschaften zugeordnet worden waren, wie stark diese ausgeprägt sein sollten, in welchen Lebensbereichen sie auftraten und weshalb die Ambulanz daraus eine diagnostisch relevante Akzentuierung ableitete.

Es wurde ein Begriff vergeben, aber keine nachvollziehbare Fallkonzeption vorgelegt.

Die Ambulanz hätte dies durch eine simple Differenzierung auflösen können, die sie nicht gemacht hat. Ist der Antrieb von der Suche nach Erfolg getrieben, oder wie beim Autor von der intrinsischen Motivation der Erforschung von Mustern in Systemen? Führt Misserfolg zu Zusammenbrüchen, oder ist es wie beim Autor so, dass er Probleme bekommt, wenn Ordnungen unstimmig sind, Unwahres nicht korrigiert wird oder Ungerechtigkeit stattfindet? Das ist ein autistisches Forscherprofil, kein Narzissmus.

Statt dies zu prüfen, hat die Diagnostikerin offenbar schlicht aus elitärer Kunst- und Forschungsproduktivität eine Absicht elitären Erfolgswunsches abgeleitet. Wen aber Erfolg und Bewunderung antreiben, der arbeitet nicht 27 Jahre ohne jede Anerkennung und befasst sich dabei vollständig mit Sachfragen. Auch der Drang nach Bewunderung hätte hier längst zu einem massiven Zusammenbruch führen müssen. 11 Bücher, 19 Monografien und 100 Paper schreibt man nicht ohne irgendeine äußere Anerkennung, wenn Narzissmus der Antrieb ist. Da muss schon eine völlig andere Antriebsquelle vorhanden sein. Und die wurde ja umfassend dargelegt. Das Werk des Autors war extrem monotrop, zeigte *veridical mapping*, sowie eine oft als autistisch gelesene Schreib- und Denkweise, die in der Forschung als Hyper-Systematisierung bezeichnet wird.

Wenige Fragen, weitreichende Schlussfolgerungen

Nach dem Gedächtnisprotokoll des Autors beruhte die entsprechende Einschätzung wesentlich auf wenigen kurzen Fragen während des ersten diagnostischen Termins.

Die Diagnostikerin fragte sinngemäß:

> *„Wenn ich Ihnen sage, dass Sie ein gutes Buch geschrieben haben, finden Sie das gut?“*

Der Autor bejahte dies. Er wollte seine Antwort entlang des üblichen Bescheidenheitsvorbehalts näher erläutern, wurde nach seiner Erinnerung jedoch bereits mit einer weiteren Frage konfrontiert:

„Beneiden Sie jemanden?“

Darauf antwortete er, dass er manche Menschen um eine Professur beneide, dies aber in einem gewöhnlichen und keineswegs obsessiven Sinn. Auf die Frage, ob andere Menschen ihn beneideten, bezog er sich nach seiner Dokumentation auf die gelegentliche Wahrnehmung, manche Personen könnten ihm jene Freiheit neiden, die daraus entstand, dass er als verarmter, institutionell nicht eingebundener Autor keine akademische Karriereplanung berücksichtigen müsse.

Keine dieser Antworten belegt für sich genommen eine narzisstische Struktur. Die meisten Menschen würden ähnlich antworten. Man will ja auch nicht erscheinen als wäre man überhaupt nicht eitel.

Dass ein Autor Anerkennung für ein Buch angenehm findet, ist zunächst erwartbar. Anerkennung für geleistete Arbeit zu wünschen, ist nicht identisch mit einem unersättlichen Bedürfnis nach Bewunderung. Ebenso ist gewöhnlicher Neid kein hinreichendes Zeichen einer Persönlichkeitsproblematik. Menschen können andere um berufliche Sicherheit, Status, Einkommen, Gesundheit oder institutionelle Möglichkeiten beneiden, ohne dass daraus eine pathologische Persönlichkeitsorganisation folgt.

Entscheidend wäre nicht gewesen, ob solche Gefühle überhaupt vorkamen. Zu untersuchen wäre ihre Intensität, Häufigkeit, Starrheit, biografische Bedeutung und Wirkung auf Beziehungen und Verhalten gewesen.

Diese Vertiefung ist im Befund nicht erkennbar. Die Diagnostiker:innen konnten oder wollten sie auch auf Nachfrage nicht erklären.

Stattdessen erscheint eine Reihe menschlich gewöhnlicher Antworten in unmittelbarer Nähe zu einer allgemeinen Aufzählung narzisstischer Merkmale. Dadurch entstand die Gefahr, dass die diagnostische Kategorie nachträglich mehr Bedeutung erhielt, als die zugrunde liegenden Aussagen tragen konnten.

Denn die Ambulanz erweckte den Eindruck, dies würde die Autismussymptome alternativ erklären. Aber welche denn nun genau?

Die Pathologisierung der eigenen Arbeit

Eine besondere Rolle scheint die Selbstdarstellung des Autors innerhalb seines Werkes gespielt zu haben.

Der Ambulanz lagen drei Bücher des Autors vor. Er stand mit Foto auf dem jeweiligen Cover, was zunächst nicht ungewöhnlich für Autoren ist. Zusätzlich hatte er den Spielfilm *Transferprotokoll* eingereicht, in dem er selbst eine Hauptrolle spielte. Diese Materialien sollten nach seiner Absicht eine über Jahrzehnte stabile künstlerische, theoretische und biografische Arbeitsweise dokumentieren, die bestimmte autistische Profile deutbar machte. Sie wurden offenbar zumindest teilweise als Ausdruck einer starken Beschäftigung mit der eigenen Person gelesen.

Damit entstand ein grundlegendes Kategorienproblem.

In autobiografischer Kunst, Autofiktion, Performance, Film und Artistic Research kann die eigene Person als Material, Figur, Versuchsanordnung oder methodischer Zugang verwendet werden. Das Auftreten des Autors im eigenen Werk bedeutet daher nicht automatisch, dass dessen primärer

Gegenstand die Bewunderung der eigenen Person wäre. Das Selbst kann als Sensor, Katalysator und dokumentierender Träger gesellschaftlicher Prozesse eingesetzt werden.

Auch können Autist:innen oft schwer einschätzen welches Ausmaß an Selbstdarstellung sozial angemessen ist.

Genau die Benutzung der eigenen Person als Katalysator von Prozessen war nach der Darstellung des Autors Teil seiner Methode. Er führte Konflikte mit Institutionen nicht nur als Privatperson, sondern dokumentierte sie durch eine Kunstfigur als provozierte Empirie. Die eigene Position wurde in einer Kunstfigur eingesetzt, um unter Druck Strukturen sichtbar zu machen, die in abstrakten Analysen verborgen bleiben konnten.

Eine solche Methode kann kritisiert werden. Sie kann überzogen, riskant, selbstbezogen oder ästhetisch problematisch erscheinen. Sie darf aber nicht ohne Analyse ihres methodischen und künstlerischen Zusammenhangs in eine Persönlichkeitsdiagnose übersetzt werden.

Der Autor hatte die Materialien gerade deshalb vorgelegt, damit die Ambulanz die Funktion seiner Selbstdarstellung innerhalb des Werkes verstehen konnte. Wenn die Werke nicht gelesen oder nur oberflächlich nach sichtbaren Merkmalen – Selbstporträts, Eigenverlag, Hauptrolle im eigenen Film – beurteilt wurden, kehrte sich ihr Zweck um. Evidenz, die das Lebens- und Arbeitsprofil erklären sollte, wurde zur scheinbaren Evidenz einer Selbstüberhöhung.

Die methodische Selbstverwendung wurde als psychologischer Selbstbezug gelesen.

Selbstironie und die Figur des Scheiterns

Besonders deutlich wurde die Fragwürdigkeit dieser Interpretation am Spielfilm *Transferprotokoll, d*er die Diagnostikerin offenbar besonders beschäftigte. Dabei ging sie genau dem dramaturgischen Kniff des ganzen Filmes anscheinend auf den Leim. In *Transferprotokoll* spielte der Autor sich selbst als Kunstfigur, die Behörden in den Wahnsinn treibt. Er spielte bewusst in einem Spannungsfeld von clownesker Überheblichkeit und opferisierten Scheiterns. Genau das konnte und sollte Ressentiments triggern, um zugleich das Spannungsfeld mit den realen sozialen Missständen der deutschen Sozialgesetzgebung um das Bürgergeld zu kontrastieren. Der selbstbewusste Arme, der Forderungen an den Staat stellt, war eine bewusste Provokation. Dass der Autor künstlerisch auf diese Weise arbeitete war öffentlich bekannt. Mit ein wenig Gewissenhaftigkeit in der Faktenlektüre hätte man das erkennen müssen.

Der Autor stellte sich im Film tatsächlich nicht als triumphierende, bewunderungswürdige oder überlegene Figur dar. Er spielte einen scheiternden, teilweise clownesken Protagonisten, der gegen Ungerechtigkeiten im Sozialsystem kämpfte. Er stellte sich in der Rolle mit dem denkbar geringsten Status dar.

Das Werk beruhte damit wesentlich auf Selbstironie.

Selbstironie schließt narzisstische Züge nicht aus. Auch nicht Autismus. Auch Menschen mit narzisstischen Eigenschaften können sich selbst ironisieren oder eine selbstabwertende Rolle strategisch einsetzen. Sie ist daher kein Gegenbeweis im strengen Sinn.

Sie hätte aber in die Bewertung einbezogen werden müssen. Besonders aber hätte die fachlich-künstlerische Begründung zunächst im Vordergrund stehen müssen, nicht die Pathologisierung einer Kunstfigur, die man mit dem Autor verwechselte.

Wer die Selbstdarstellung im Film als Hinweis auf Grandiosität interpretiert, muss ebenso berücksichtigen, wie diese Figur gestaltet ist: als Held oder als Versager, als bewunderungswürdiges Zentrum oder als verletzlicher und lächerlicher Körper, als Bestätigung eigener Größe oder als Mittel gesellschaftlicher Kritik.

Die bloße Tatsache, dass der Autor sich selbst spielte, sagt darüber nichts aus. Außerdem ist es zweifelhaft anzunehmen jemand mit Narzissmus würde sich in einem Spielfilm, der im Fernsehen gezeigt werden sollte, ausgerechnet als Bürgergeldbezieher darstellen, also als jemand mit denkbar geringem Status.

Die Diagnostikerin betonte mehrfach wie sehr sie sich mit dem Film befasst hätte. Sie reagierte genauso wie es der Film beabsichtigte, wie es als Absicht in den Begleittexten des Filmes stand, die bei Filmfestivals eingereicht wurden, oder beim Bundesfilmarchiv vorlagen.

Grandiosität oder Beharren auf dem Wert des eigenen Werkes

Für den Autor verdichtete sich die narzisstische Zuschreibung besonders an der Frage, wie sein Beharren auf dem Wert der eigenen Arbeit gelesen wurde.

Er trat als langjährig Erwerbsloser und Bürgergeldempfänger in die Ambulanz ein und legte gleichzeitig Bücher, Papers, einen Film sowie ein Empfehlungsschreiben eines bekannten Wissenschaftlers vor. Er erklärte, seine Arbeit sei wissenschaftlich und künstlerisch relevant, obwohl sie außerhalb von Universitäten, Verlagen und regulärer Beschäftigung entstanden war.

Diese Konstellation war sozial ungewöhnlich. Sie konnte leicht als Widerspruch erscheinen: ein institutionell weitgehend ausgeschlossener Mensch, der dennoch mit großer Sicherheit den Wert seines eigenen Werkes behauptete.

Gerade deshalb bestand ein erhebliches Risiko klassistischer Fehlinterpretation. Besonders gefährlich für eine international bekannte Ambulanz, wie jene der Humboldt.

Dem Autor wiederum blieb nichts anderes übrig, als das Werk in den Vordergrund zu schieben, weil er sonst nichts hatte, was seine Lebenserfahrung darlegte. Auch hatte er mehr prominente Fans, ranghohe Politiker, Akademiker:innen und bekannte Schauspieler:innen als normales Publikum. Er war auch hier ganz Autist.

Ein institutionell anerkannter Professor kann über die Bedeutung seiner Forschung sprechen, auf Publikationen verweisen, Preise, Empfehlungen und Zitationszahlen nennen und die gesellschaftliche Relevanz seines Werkes hervorheben. Dieses Verhalten wird gewöhnlich als Teil professioneller Selbstbeschreibung behandelt. Tut ein verarmter, erwerbsloser und akademisch nicht eingebundener Autor dasselbe, kann die gleiche Selbstbeschreibung als Selbstüberschätzung erscheinen.

Der Unterschied liegt dann nicht im Inhalt der Aussage, sondern im Status der sprechenden Person.

Der Professor gilt als bedeutend und darf dies wissen.

Der Erwerbslose gilt als bedeutungslos und macht sich verdächtig, sobald er widerspricht.

Damit entsteht eine klassistische Norm des erlaubten Selbstwerts. Anerkannte Personen dürfen ihre Anerkennung reproduzieren. Nicht anerkannte Personen sollen ihre institutionelle Position als angemessene Beschreibung ihres eigenen Wertes übernehmen. Wer trotz Armut und Ausschluss auf der Qualität seiner Arbeit beharrt, erscheint nicht als widerständig, sondern als grandios.

Die Diagnostikerinnen mussten deshalb besonders sorgfältig zwischen zwei Möglichkeiten unterscheiden:

Der Autor konnte den Wert seiner Arbeit unrealistisch überhöhen.

Oder er konnte in einer Umgebung, die seinen Status systematisch mit seinem Erkenntniswert verwechselte, berechtigt darauf bestehen, dass seine Arbeit zunächst geprüft werden müsse.

Es ist schwer, eine massive Überhöhung nachzuweisen, wenn das Werk von prominenten Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens gewürdigt worden war und eine Lebensleistung in Kunst und Forschung von drei Jahrzehnten vorlag.

Welche Möglichkeit zutraf, ließ sich somit nicht anhand des Auftretens allein entscheiden. Dazu hätte das Werk inhaltlich betrachtet werden müssen. Gerade dies war von Anfang an unsicher. Die Diagnostikerin hatte bereits beim ersten Termin erklärt, sie wisse nicht, ob sie dazu komme, das gesamte Material anzusehen. Trotzdem floss das starke Beharren auf diesem Material später offenbar in die psychologische Bewertung des Autors ein.

Man darf auch nicht vergessen, dass der Autor mehrfach darauf hinwies, hochbegabt zu sein. Dies tat er, weil er wusste, dass das fachlich in der Autismus-Diagnostik hoch relevant ist. Man will verstehen, wie jemand denkt. Er tat es nicht, um damit anzugeben.

Gleichzeitig ist es nur verständlich, dass ein Forscher mit Hochbegabung, der seit Jahrzehnten auf dadurch schwer zu verhinderndem hohem Niveau forscht – alles andere wäre auch langweilig –, nicht deswegen damit aufhört, weil er verarmt ist und der geringe Status nicht dazu passt. Also, ein solches Gehirn will sich großen Herausforderungen stellen. Dabei wird natürlich keine Rücksicht darauf genommen, ob man zugleich den entsprechenden sozialen Status hat, um das aus Sicht gesellschaftlicher Normen zu dürfen.

Paradoxerweise haben gerade Autist:innen hier oft Probleme der Austarierung.

Die Kombination aus Autismus und Hochbegabung führt nicht selten zu einer bestimmten Form von scheinbarer Arroganz, die Menschen auf die Palme bringen kann. Dies scheint hier auch eine Rolle gespielt zu haben, oder kann zumindest nicht ausgeschlossen werden, weil die Humboldt jede Aufklärung der Motive der Narzissmuszuweisung ablehnte.

Daraus ergab sich ein asymmetrisches Verfahren:

Die Ambulanz musste das Werk nicht prüfen, durfte aber das Beharren auf dessen Wert interpretieren.

Abschließend muss man auch sagen, dass Künstler:innen dazu ausgebildet werden, selbstbewusst den eigenen Wert zu vertreten. Täten sie das nicht, würden sie überall beiseitegeschoben. Sie verteidigen damit auch ihre Funktion im Demokratieerhalt. In der Kunst ist „Anmaßung“ oft ein legitimer Kunstgriff. Man begibt sich in eine Position, um diese mit Leben zu erfüllen und darin Konflikte zu untersuchen.

Es ist eine professionell gelernte Eigenschaft. Man kann auch einem Ingenieur der NASA nicht vorwerfen, eine Zwangsstörung zu haben, weil er vor dem Start der Rakete nochmal zwanghaft alles ganz genau prüft.

Die fehlende Prüfung von Empathie

Der Befund führte als Merkmal einer narzisstischen Person ausdrücklich „Defizite in der Empathiefähigkeit“ an.

Unklar blieb jedoch, welche Evidenz dafür im konkreten Fall vorlag.

Der Autor hatte ein umfangreiches Werk eingereicht, das sich über Jahre mit Armut, Diskriminierung, institutioneller Gewalt, Gesundheitsschäden und dem Leid marginalisierter Menschen befasste. Auch die vorausgehende Studie zur verweigerten Autismus-Diagnostik war nicht nur als persönlicher Anspruch formuliert worden. Sie dokumentierte die Situation von 1.667 Menschen, die um ungefähr 25 Plätze konkurrierten, und versuchte, aus dem Einzelfall ein strukturelles Problem sichtbar zu machen. Der Autor verzichtete immer wieder im Verfahren auf Selbstschutz und unmittelbaren eigenen Vorteil, um das Unrecht an sich öffentlich zu machen, damit es auch anderen hilft.

Ein solches Werk beweist keine uneingeschränkte Empathiefähigkeit. Menschen können sich politisch oder wissenschaftlich mit Leid beschäftigen und dennoch im persönlichen Kontakt erhebliche Empathiedefizite aufweisen. Umgekehrt können kommunikative Missverständnisse, emotionale Direktheit und atypische Reaktionen von außen wie mangelnde Empathie erscheinen, obwohl ein starkes Mitgefühl vorhanden ist.

Genau deshalb wäre eine konkrete Exploration notwendig gewesen.

Es hätte beispielsweise geklärt werden müssen, ob der Autor die Gefühle und Bedürfnisse anderer regelmäßig missachtete, Beziehungen instrumentalisierte, sich anderen gegenüber ausbeuterisch verhielt, eigene Ansprüche grundsätzlich über jene anderer stellte oder Schwierigkeiten hatte, die Verletzlichkeit anderer anzuerkennen.

Eine solche Darlegung findet sich im Befund nicht. Sie hätte auch den Beschreibungen der Partnerin und der befreundeten Psychotherapeutin widersprochen.

Stattdessen wurde das allgemeine Merkmal der Empathiedefizite in die Beschreibung der narzisstischen Akzentuierung aufgenommen, ohne sichtbar zu machen, worin dieses Merkmal beim Autor bestand.

Das war im Kontext einer Autismus-Diagnostik besonders problematisch. Autistische Kommunikation kann von nichtautistischen Beobachter:innen als kühl, selbstbezogen, unhöflich oder wenig reziprok erlebt werden. Das bedeutet nicht automatisch einen Mangel an Mitgefühl. Wird ein kommunikatives

Passungsproblem als narzisstische Empathielosigkeit interpretiert, entsteht eine diagnostische Verwechslung, die durch das Double-Empathy-Problem zusätzlich begünstigt werden kann.

Die Ambulanz hätte deshalb zwischen mindestens drei Ebenen unterscheiden müssen:

der Fähigkeit, Gefühle anderer kognitiv zu erkennen;

der affektiven Anteilnahme am Leid anderer;

und der Fähigkeit, diese Anteilnahme in einer sozial erwarteten Form sichtbar zu machen.

Der Bericht unterschied diese Ebenen nicht.

Er verwendete den allgemeinen Begriff des Empathiedefizits, ohne seine konkrete Bedeutung im Fall zu erläutern.

Für eine Ambulanz mit Spezialisierung auf soziale Kommunikation war die Untersuchung genau dieser Frage relativ dünn.

Neid und soziale Realität

Ähnlich unzureichend blieb die Einordnung von Neid.

Der Autor erklärte nach seinem Gedächtnisprotokoll, Menschen um eine Professur zu beneiden. Diese Aussage war vor dem Hintergrund seiner Lebensgeschichte nicht überraschend. Er hatte über Jahrzehnte geforscht und publiziert, war aber nie institutionell in eine Universität eingebunden worden. Eine Professur stand für Einkommen, Arbeitsräume, wissenschaftliche Anerkennung, Kolleg:innen, Bibliothekszugang, Forschungskapazität und die Möglichkeit, dieselbe Tätigkeit unter abgesicherten Bedingungen auszuüben.

Der Neid bezog sich damit nicht zwingend auf die Person oder deren Bewunderung. Er konnte auf reale Ressourcen und institutionelle Möglichkeiten gerichtet sein.

Auch die Annahme, andere könnten ihm einzelne Aspekte seiner Unabhängigkeit neiden, war nicht automatisch grandios. Der Autor besaß keine akademische Karriere, auf die er Rücksicht nehmen musste, und konnte deshalb Positionen radikaler formulieren als institutionell eingebundene Forschende. Diese Freiheit war mit Armut, Unsicherheit und Ausschluss erkauft. Dass einzelne Personen die Freiheit wahrnahmen, ohne deren Kosten vollständig zu sehen, ist zumindest sozial denkbar.

Die diagnostische Frage hätte daher lauten müssen, ob der Autor dauerhaft davon überzeugt war, andere Menschen beneideten ihn aufgrund seiner außergewöhnlichen Größe und Überlegenheit. Eine situative Aussage über den möglichen Neid auf eine bestimmte Freiheit genügte dafür nicht. Der Autor hatte das in der Differenzialdiagnose mehrfach explizit ausgeschlossen. Er sagte mehrfach, dass er nur auf Anfrage überhaupt über Neid nachdenke. Wie die meisten Menschen.

Ohne Vertiefung wurde eine komplexe soziale Beobachtung in ein Persönlichkeitsmerkmal übersetzt.

Drei Bücher, ein Film und das Problem des Kontextverlustes

Im Verfahren lagen außergewöhnlich viele kontextualisierende Materialien vor. Gerade die narzisstische Einschätzung zeigt jedoch, dass Menge allein keine epistemische Sicherheit erzeugt.

Drei Bücher und ein Film können eine Aussage einordnen. Sie können aber ebenso zum Material einer Fehlinterpretation werden, wenn ihre Funktion nicht erschlossen wird.

Auf den Buchcovern war der Autor sichtbar. Im Film spielte er sich selbst. Im Gespräch verwies er wiederholt auf die Bedeutung seines Werkes. Er legte ein Empfehlungsschreiben vor und erklärte, seine Forschung müsse ernst genommen werden.

Aus einer bestimmten Perspektive konnte daraus ein Bild starker Selbstbezogenheit entstehen.

Aus einer anderen Perspektive zeigte sich eine Person, die wusste, dass ihr institutioneller Status gegen sie verwendet werden würde, und deshalb verzweifelt versuchte, die Realität der eigenen Arbeit zu belegen.

Beide Lesarten waren möglich.

Gerade deshalb durfte die Ambulanz nicht einfach eine von ihnen psychologisieren. Sie musste prüfen, welche Lesart mit dem gesamten biografischen Verlauf, den Beziehungen, den tatsächlichen Inhalten des Werkes und dem Verhalten außerhalb dieser extremen diagnostischen Situation besser übereinstimmte.

Der situative Kontext war besonders verzerrungsanfällig. Der Autor befand sich in einem Verfahren, von dessen Ausgang erhebliche sozialrechtliche und gesundheitliche Folgen abhingen. Er wusste, dass nur wenige Stunden zur Verfügung standen. Er fürchtete, sein umfangreiches Material werde nicht gelesen. Unter diesen Bedingungen verwies er wiederholt und mit wachsender Intensität auf sein Werk.

Später zeigte sich, dass das Werk bei der Bewertung des Spezialinteresses tatsächlich kaum erkennbares Gewicht erhalten hatte. Die Befürchtung des Autors war damit nicht aus der Luft gegriffen.

Sie traf genau so ein, wie er es befürchtet hatte und es war wovor er die Humboldt im Vorfeld durch die Analyse in Anhang 1 vorsorglich warnte. Diese Warnung wurde von der Universität einfach übergangen.

Die zirkuläre Pathologisierung des Widerspruchs

Besonders gefährlich wurde die narzisstische Akzentuierung im Rückmeldegespräch selbst.

Der Autor widersprach der Entscheidung mit erheblicher Intensität. Er erklärte, die Ambulanz habe zentrale Evidenz nicht verstanden, sein Spezialinteresse verkannt, Masking nicht ausreichend berücksichtigt und die Differenz zwischen Erschöpfung und Depression falsch eingeordnet. Er berief sich dabei auf seine eigene Forschung und die übergebenen Materialien.

War jedoch bereits die Hypothese entstanden, der Autor überschätze sich, benötige Bewunderung und verhalte sich arrogant, konnte jeder dieser Einwände als Bestätigung der Hypothese erscheinen.

Der Autor behauptete, die Diagnostikerinnen hätten seine Arbeit nicht verstanden: Grandiosität.

Er verwies auf die Bedeutung seiner Bücher und Papers: Selbstüberhöhung.

Er akzeptierte den Befund nicht: mangelnde Kritikfähigkeit.

Er kritisierte die Kompetenz der Ambulanz: Arroganz.

Er bestand darauf, die diagnostische Einordnung besser erklären zu können als das Verfahren: narzisstische Überlegenheit.

Damit entstand eine hermetische Struktur. Je stärker der Autor versuchte, eine aus seiner Sicht falsche Interpretation zu korrigieren, desto leichter konnte sein Korrekturversuch als Symptom jener Interpretation gelesen werden.

Der Widerspruch verlor seinen epistemischen Gehalt und wurde psychologisiert.

Das ist besonders problematisch, wenn die diagnostizierende Institution selbst Gegenstand der Kritik ist. Die Humboldt-Universität war nicht nur Beobachterin einer möglichen Persönlichkeitsproblematik. Sie war zugleich jene Institution, die der Autor verklagt, öffentlich kritisiert und wissenschaftlich untersucht hatte. Sein negatives Urteil über die Ambulanz betraf also unmittelbar die Personen und Strukturen, die anschließend seine Haltung als überheblich oder grandios bewerten konnten.

Der institutionelle Konflikt und die Persönlichkeitsdiagnostik waren nicht voneinander getrennt.

Dadurch erhielt die narzisstische Zuschreibung eine politische Funktion, unabhängig davon, ob dies beabsichtigt war: Sie konnte die Kritik des Autors von einer Aussage über die Institution in eine Aussage über seine Persönlichkeit verwandeln.

Das war nicht das erste Mal, siehe sein Buch *„Speed´s Arbeit“* indem er eine politisch motivierte Pathologisierung erlebte, die politisch Rechten dazu diente seine Kritik an staatlichen Missständen zu entwerten.

Nicht mehr die Ambulanz musste erklären, ob seine Kritik zutraf.

Der Kritiker musste erklären, weshalb er sich für bedeutend genug hielt, die Ambulanz zu kritisieren.

Die Pathologisierung des epistemischen Akteurs

Der Autor war als evidenztragender Patient in das Verfahren gekommen. Er besaß Wissen über die eigene Biografie, über Autismusforschung, über Masking und über die Struktur seines Werkes. Er trat der Ambulanz nicht als passiver Empfänger klinischer Wahrheit gegenüber, sondern als epistemischer Akteur.

Gerade dies konnte innerhalb der traditionellen diagnostischen Hierarchie als Störung erscheinen.

Der erwartbare Patient berichtet Symptome. Die Diagnostikerin interpretiert sie.

Der Autor berichtete dagegen nicht nur Symptome. Er brachte eine eigene Theorie, eine umfangreiche Dokumentation und eine bereits entwickelte diagnostische Hypothese mit. Er bewertete die

verwendeten Verfahren, kritisierte den ADOS, sprach über aktuelle Forschung, widersprach den diagnostischen Kategorien und verlangte Rechenschaft über die Gewichtung der Evidenz.

Damit verschob er die Rollenverteilung.

Die Ambulanz konnte ihn nicht ohne Weiteres als alleinige Quelle von Rohdaten behandeln. Er beanspruchte Mitwirkung an deren Interpretation.

Die narzisstische Akzentuierung drohte genau diesen Anspruch zu pathologisieren. Sein Selbstwissen erschien dann nicht als mögliche Erkenntnisquelle, sondern als grandiose Selbstgewissheit. Seine fachliche Kritik erschien nicht als wissenschaftlicher Einwand, sondern als Überheblichkeit. Das Beharren auf der Bedeutung der eigenen Langzeitdaten erschien nicht als Versuch, Evidenz zu retten, sondern als übersteigertes Gefühl der eigenen Wichtigkeit.

Damit wurde die epistemische Konkurrenz durch eine klinische Hierarchie entschieden.

Die Diagnostikerinnen konnten sich irren, aber ihre Irrtümer blieben fachliche Einschätzungen.

Der Autor konnte recht haben, aber sein Beharren wurde zum Persönlichkeitsmerkmal.

Dreißig Jahre Arbeit ohne Bewunderung

Die Biografie enthielt zudem ein erhebliches Gegenmoment zur These eines dominanten Bedürfnisses nach Bewunderung.

Der Autor arbeitete nach eigener Dokumentation über ungefähr 27 Jahre weitgehend unbezahlt und institutionell unbeachtet an seinem Werk. Er veröffentlichte Bücher, Filme und Papers ohne verlässliche Aussicht auf Einkommen, akademischen Status oder öffentliche Anerkennung. Über lange Zeit blieb die Resonanz gering.

Dies beweist nicht, dass kein Bedürfnis nach Anerkennung bestand. Im Gegenteil kann auch eine narzisstisch strukturierte Person lange auf spätere Anerkennung hoffen. Auch ist Eitelkeit keine Diagnose.

Aber die außergewöhnliche Dauer einer Tätigkeit trotz ausbleibender Bestätigung verlangt eine differenziertere Erklärung. Die Arbeit schien nicht allein durch unmittelbare Bewunderung aufrechterhalten worden zu sein. Auch war sie nicht von Kränkung getragen. Sie besaß eine intrinsische, regulatorische und bindende Funktion. Der Autor arbeitete weiter an Sachthemen, auch wenn kaum jemand zusah.

Er sagte zu den Diagnostiker:innen (Gedächtnisprotokoll): *„Ich arbeite nicht aus einer emotionalen Kränkung heraus, sondern weil ich Muster in Systemen erkenne. Mein gesamtes Werk ist davon motiviert Muster erkennbar zu machen und Widersprüchen zu begegnen, die ich nicht ignorieren kann.“*

Bei dieser Ablehnung seines Werkes über Jahrzehnte hätte das Werk im Narzissmus längst voller Kränkungen sein müssen. Es befasste sich aber mit Physik, Psychologie, Autismus und sozialen Missständen in Gesellschaft und Ökonomie.

Gerade darin lag ein zentraler Hinweis auf ein mögliches Spezialinteresse: Die Tätigkeit wurde nicht erst durch sozialen Erfolg motiviert. Sie setzte sich ohne ihn fort.

Eine narzisstische Erklärung hätte zeigen müssen, wie sich das angenommene Bedürfnis nach Bewunderung über Jahrzehnte stabilisierte, obwohl die Tätigkeit diese Bewunderung kaum lieferte und den Autor stattdessen in Armut, Unsicherheit und institutionellen Ausschluss führte.

Eine solche Erklärung wurde nicht gegeben.

Akzentuierung ohne belastbare Herleitung

Die Kritik an der narzisstischen Persönlichkeitsakzentuierung bedeutet nicht, dass beim Autor keinerlei narzisstische Eigenschaften vorhanden sein könnten.

Menschen besitzen narzisstische Anteile. Künstlerische Arbeit kann mit Eitelkeit, Geltungsbedürfnis und dem Wunsch nach Anerkennung verbunden sein. Langjähriger institutioneller Ausschluss kann außerdem zu kompensatorischer Selbstbehauptung, Empfindlichkeit gegenüber Abwertung und einer starken Verteidigung des eigenen Wertes führen.

All dies wäre untersuchbar.

Gerade deshalb ist es wichtig, nicht das Ergebnis vorwegzunehmen. Die Frage ist nicht, ob jede narzisstische Lesart grundsätzlich unmöglich war. Die Frage ist, ob die vorliegende Zuschreibung hinreichend untersucht, begründet und von alternativen Erklärungen abgegrenzt wurde.

Nach der dokumentierten Datenlage war dies nicht der Fall.

Die Einschätzung beruhte offenbar auf wenigen Fragen, einer situativen Beobachtung in einem hoch belasteten und konfliktbehafteten Setting sowie einer Interpretation der künstlerischen Selbstverwendung. Zugleich waren zentrale Gegeninformationen vorhanden: langjährige Arbeit ohne Anerkennung, ausgeprägte Selbstironie, ein Werk über das Leid marginalisierter Menschen, die methodische Funktion der eigenen Person und eine reale institutionelle Vorgeschichte, in der der Autor gezwungen war, den Wert seiner nicht anerkannten Arbeit besonders stark zu behaupten.

Eine belastbare diagnostische Begründung hätte diese Gegeninformationen integrieren müssen.

Der Befund tat dies nicht erkennbar.

Von der Fehldeutung zur Schädigung

Die narzisstische Zuschreibung war für den Autor nicht nur beleidigend. Sie besaß konkrete soziale und rechtliche Folgen.

Ein universitärer Befund kann von Gerichten, Behörden und späteren Behandler:innen gelesen werden. Die Bezeichnung narzisstischer Persönlichkeitszüge kann dabei beeinflussen, wie zukünftige Aussagen des Betroffenen bewertet werden. Intensive Beschwerden erscheinen dann leichter als Kränkbarkeit. Beharrliche Rechtsverfolgung kann als Anspruchsdenken gelesen werden. Kritik an

Institutionen kann als Abwertung anderer erscheinen. Das Bestehen auf eigener Expertise kann als Grandiosität gelten.

Der Befund verändert damit nicht nur die Beschreibung der Vergangenheit. Er strukturiert die Interpretation zukünftigen Verhaltens.

Für einen Menschen, der bereits in zahlreiche institutionelle Konflikte geraten war, konnte dies besonders schädlich sein. Seine Glaubwürdigkeit wurde nicht nur in einer konkreten Autismusfrage eingeschränkt. Es entstand ein Persönlichkeitsrahmen, innerhalb dessen jede weitere Gegenwehr psychologisiert werden konnte.

Die Diagnose beziehungsweise Akzentuierung erzeugte so das Risiko einer selbsterfüllenden Akte:

Der Autor wehrt sich gegen die Zuschreibung.

Die Gegenwehr wird als narzisstische Kränkung gelesen.

Die Zuschreibung erscheint dadurch bestätigt.

Damit wird Korrektur strukturell erschwert.

Das ist wirklich eine zentrale Frage. Wie hätte der Autor hier noch beweisen können, dass er die Welt vollkommen anders erlebte? Wenn also die Einreichung von Belegen von der Humboldt-Ambulanz nicht beachtet wurde. In welche Verzweiflung trieb man dadurch einen eh schon hoch vulnerablen Menschen?

Der Autor erklärte, dass er das nicht akzeptieren könne.

Daraufhin sagte die ältere Diagnostikerin nach seiner Erinnerung, arrogant grinsend: „Nur zu, beschweren Sie sich doch."

Der Autor antwortete: „Sie haben nicht die geringste Ahnung, in welch dramatische Probleme Sie mich damit bringen. Es ist die Hölle, in die sie mich schicken."

Für die Diagnostikerin schien das offenbar ein wenig unterhaltsam, den Autor auflaufen zu lassen. Der Ambulanz waren die Konsequenzen komplett egal.

Die ungelöste Hauptfrage

Der Narzissmus erklärte nicht, weshalb der Autor über Jahrzehnte nur unter sehr spezifischen Bedingungen arbeiten konnte. Sie erklärte nicht die extreme und dauerhafte Bindung an ein zusammenhängendes Werk. Sie erklärte nicht die hohen Masking- und Autismuswerte. Sie erklärte nicht die Diskrepanz zwischen situativ möglicher Kommunikation und langfristigem sozialem sowie beruflichem Scheitern. Sie erklärte nicht die repetitive Rückkehr zu denselben strukturellen Problemen. Sie erklärte nicht die schweren Erschöpfungs- und Dekompensationszustände. Sie bot jedoch eine Möglichkeit, die Art und Weise zu pathologisieren, in der der Autor auf all diese Zusammenhänge hinwies.

Damit wurde ausgerechnet sein Versuch, die Erklärungslücke sichtbar zu machen, selbst zur Erklärung umgedeutet. Der Autor galt nicht als jemand, dessen ungewöhnlich umfangreiche Evidenz

möglicherweise nicht verstanden worden war. Er galt als jemand, der die Bedeutung seiner Evidenz grandios überschätzte.

Hier zeigte sich die vielleicht folgenreichste Umkehrung des gesamten Verfahrens: Das Scheitern der Institution, den epistemischen Akteur zu integrieren, wurde als Persönlichkeitsproblem dieses Akteurs lesbar gemacht. Er wurde epistemisch zerstört. Mit einem arroganten Lächeln und einer unfassbaren Rücksichtslosigkeit.

Prof. Dziobek hätte wissen müssen, wie fatal die Folgen für ihn sein würden.

Somit stand im Befund wörtlich: *„F84.5 A Asperger-Syndrom; F34.1 G Dysthymie; Z73 G Akzentuierung von Persönlichkeitszügen (narzisstische Persönlichkeitszüge).“* Das Kürzel „A“ bezeichnete dabei den Ausschluss, „G“ eine gesicherte Diagnose beziehungsweise Feststellung.
Für Gerichte und Behörden wurde damit weder ausdrücklich kenntlich gemacht, dass das konkrete diagnostische Setting möglicherweise keinen belastbaren Ausschluss von Autismus erlaubte, noch hinreichend deutlich zwischen einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung und einer bloßen Akzentuierung einzelner Persönlichkeitszüge unterschieden. Gerade diese Differenz ist jedoch erheblich: Eine Persönlichkeitsakzentuierung ist nicht mit der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung gleichzusetzen. In der institutionellen Weiterverwendung des Befunds bestand daher die Gefahr, dass ein formal begrenzter und diagnostisch schwächerer Hinweis als umfassendere psychopathologische Feststellung gelesen wurde. Die Klammerformulierung „Narzisstische Persönlichkeitsstörung“ verschärfte die begriffliche Unklarheit zusätzlich, weil sie eine Störungsdiagnose nahelegte, obwohl formal lediglich eine Akzentuierung von Persönlichkeitszügen kodiert worden war.

Eine Persönlichkeitsakzentuierung bezeichnet ausgeprägte Persönlichkeitszüge unterhalb der Schwelle einer Persönlichkeitsstörung. Sie ist keine abgeschwächte Persönlichkeitsstörung und erlaubt insbesondere nicht, die Diagnose einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung lediglich in Klammern nachzureichen. Im vorliegenden Befund wurde jedoch der Z73-Kode „Akzentuierung von Persönlichkeitszügen“ mit der Klammerbezeichnung „Narzisstische Persönlichkeitsstörung“ verbunden. Dadurch blieb unklar, ob lediglich einzelne narzisstisch interpretierte Züge oder entgegen der formalen Kodierung eine klinische Persönlichkeitsstörung behauptet werden sollten. Für externe Leser:innen konnte so der falsche Eindruck einer gesicherten narzisstischen Persönlichkeitsstörung entstehen.

Dies taugte zur epistemischen Entwertung der Arbeit und Stimme des Autors, die die Ambulanz zuvor öffentlich kritisiert und verklagt hatte.

9. Der evidenztragende Patient und die Hierarchie diagnostischen Wissens

Mit dem Abschluss der chronologischen Rekonstruktion verändert sich die Fragestellung dieser Untersuchung. Bis hierhin wurde dokumentiert, welche Informationen vorlagen, welche diagnostischen Schritte erfolgten, wie das Ergebnis kommuniziert wurde und an welchen Stellen Widersprüche entstanden. Nun ist zu untersuchen, welche epistemische Architektur dieses Verfahren besaß: Wer durfte Wissen hervorbringen? Welche Wissensformen galten als diagnostisch relevant? Wer durfte ihre Bedeutung bestimmen? Und was geschah, als der Patient nicht nur Erfahrungen

berichtete, sondern selbst bereits über eine ausgearbeitete, dokumentierte und wissenschaftlich reflektierte Deutung seines Lebens verfügte?

Der Autor trat der Spezialambulanz nicht als epistemisch leere Person gegenüber. Er erschien mit einem umfangreichen Ordner, mehreren Büchern, wissenschaftlichen Papers, autobiografischen Langzeitdokumenten, zahlreichen Screeningwerten, Fremdeinschätzungen und einer vorab verfassten wissenschaftlichen Stellungnahme. (Anlage 1) Hinzu kam ein über fast drei Jahrzehnte öffentlich dokumentiertes Werk, das gerade jene Denk-, Arbeits- und Bindungsstruktur sichtbar machte, die Gegenstand der diagnostischen Untersuchung war.

Für eine solche Konstellation fehlt bislang ein ausreichend präziser klinischer Begriff. Der Ausdruck *expert by experience* erfasst, dass Menschen durch langjährige eigene Erfahrung ein besonderes Wissen über ihren Zustand und die Bedingungen ihres Lebens erwerben können. Im vorliegenden Fall ging es jedoch um mehr als Erfahrungswissen. Die Erfahrung war dokumentiert, theoretisch bearbeitet, publiziert und überwiegend für Dritte überprüfbar gemacht worden.

Der Autor wird deshalb im Folgenden als **evidenztragender Patient** bezeichnet.

Damit ist keine Person gemeint, deren Selbsteinschätzung allein aufgrund der Menge vorgelegter Materialien richtig sein muss. Auch tausend Seiten können fehlerhaft, selektiv, zirkulär oder von einer bereits verfestigten Hypothese geprägt sein. Ein evidenztragender Patient besitzt nicht automatisch diagnostische Autorität. Der Begriff bezeichnet vielmehr eine Person, die der diagnostischen Institution nicht nur Erinnerungen und momentane Selbstauskünfte anbietet, sondern bereits einen strukturierten Materialkörper mitbringt, dessen epistemischer Status gesondert geprüft werden muss.

Die diagnostische Aufgabe verändert sich dadurch.

Bei einer gewöhnlichen Anamnese versucht die Fachperson, aus Antworten, Beobachtungen und verfügbaren Fremdinformationen ein bisher nicht vorhandenes Bild zu erzeugen. Beim evidenztragenden Patienten existiert bereits ein umfangreiches Bild. Die Aufgabe besteht nun nicht nur darin, weitere Daten zu erheben. Die Institution muss sich zu einer bereits vorhandenen Wissensstruktur verhalten. Sie muss prüfen, was davon belastbar ist, wo Fehlschlüsse liegen, welche Alternativerklärungen besser tragen und in welchem Verhältnis das klinische Modell zum bereits dokumentierten Lebensmodell steht.

Im untersuchten Verfahren wurde diese veränderte Aufgabe nicht ausdrücklich anerkannt.

Das ist nicht nur darum ein Problem, weil Prof. Dziobek viel über partizipative Forschung spricht, sondern auch in vielen anderen Diskursen um Critical Autism Studies. Welche Mitsprache haben vermeintliche Autist:innen in Verfahren die über ihre Identität entscheiden?

Und Autismus ist wesentlich auch eine Identitätsfrage, ähnlich wie Homosexualität.

Die Ambulanz nahm das Material physisch entgegen. Einzelne Bücher wurden in die Hand genommen, Papers verblieben in der Einrichtung, Fragebögen wurden ausgewertet und Fremdanamnesen geführt. Dennoch blieb offen, welche Teile tatsächlich gelesen, wie sie geprüft und mit welchem Gewicht sie in die Fallkonferenz eingebracht wurden. Die Diagnostikerin erklärte bereits beim ersten Termin, sie

wisse nicht, ob sie dazu kommen werde, sich das gesamte Material anzusehen. Gleichzeitig sollte das endgültige Urteil auf einer umfassenden „Gesamtschau“ beruhen.

Damit entstand ein grundlegender Widerspruch: Das Verfahren beanspruchte, das Ganze zu beurteilen, ohne sicherzustellen, dass die umfangreichste Darstellung dieses Ganzen in das Verfahren eingehen konnte.

Hier lag bereits ein massiver methodischer Fehler vor.

Diese Konstellation lässt sich mit Havi Carel und Ian James Kidd (2014) als Form epistemischer Ungerechtigkeit im Gesundheitswesen beschreiben. Patient:innen können dabei gerade hinsichtlich ihres eigenen Erlebens, ihrer Funktionsgeschichte und der Bedeutung ihrer Symptome als weniger glaubwürdige Wissenssubjekte behandelt werden, weil klinisch autorisiertes Wissen strukturell höher gewichtet wird. Das Problem besteht nicht darin, dass medizinische Expertise bedeutungslos wäre. Es entsteht dort, wo die institutionelle Expertise das Erfahrungswissen des Patienten nicht prüfend aufnimmt, sondern bereits durch ihren Status überordnet. Der evidenztragende Patient wird dann nicht als Partner der Erkenntnis behandelt, sondern als Quelle von Rohdaten, deren Bedeutung ausschließlich andere festlegen.

Der Patient als Lieferant von Rohdaten

Traditionelle Diagnostik beruht auf einer epistemischen Arbeitsteilung. Der Patient berichtet über Erfahrungen, Symptome und Lebensereignisse. Die Fachperson ordnet diese Informationen ein, prüft Differenzialdiagnosen und übersetzt sie in eine klinische Kategorie.

Diese Arbeitsteilung ist zunächst sinnvoll. Die untersuchte Person besitzt einen privilegierten Zugang zu ihrem eigenen Erleben, aber nicht automatisch die klinische Distanz, Vergleichserfahrung oder methodische Kompetenz, die für eine Diagnose erforderlich sind. Umgekehrt verfügt die Diagnostikerin über Fachwissen und Vergleichsmöglichkeiten, hat jedoch nur begrenzten Zugang zum tatsächlichen Leben der untersuchten Person. Besonders wenn es sich um neurotypische Diagnostiker:innen handelt, die Autismus oder ADHS zu erkennen versuchen.

Beide Seiten besitzen damit unterschiedliches Wissen.

Problematisch wird die Arbeitsteilung, wenn aus dieser Unterschiedlichkeit eine feste Hierarchie entsteht:

> Der Patient darf Inhalte liefern. Die Institution entscheidet allein, was diese Inhalte bedeuten.

Genau diese Struktur wurde im vorliegenden Fall sichtbar. Der Autor konnte über seine Arbeit, Erschöpfung, Kommunikation, Beziehungen und Kindheit berichten. Er konnte eigene Bücher, Dokumente und Testergebnisse vorlegen. Er konnte jedoch nicht nachvollziehen, welche Aussagen aufgegriffen, wie sie notiert und mit welchen diagnostischen Begriffen sie verbunden wurden. Die Hypothesen der Diagnostikerinnen blieben unsichtbar, während seine Aussagen fortlaufend in deren Modell eingingen.

Er wurde damit als Quelle von Daten anerkannt, aber nicht als gleichwertiger Beteiligter an deren Interpretation.

Diese Unterscheidung ist zentral. Eine Person kann vollständig über ihr Leben befragt werden und dennoch epistemisch ausgeschlossen bleiben. Sie darf sprechen, ohne zu wissen, welches Bild aus ihrem Sprechen entsteht. Sie darf Informationen korrigieren, solange sie noch als einzelne Fakten erscheinen. Sie kann jedoch kaum eingreifen, sobald diese Fakten intern zu einer psychologischen Struktur verdichtet worden sind.

Der Patient ist anwesend, aber nicht bei der Bedeutungsbildung. Das wirft ethische Fragen auf, die im Paper später beleuchtet werden.

Der institutionelle Mehrwert klinischer Interpretation

Dass eine Fachperson Daten interpretiert, ist kein Fehler. Gerade darin besteht ein wesentlicher Teil diagnostischer Kompetenz. Sie soll Muster erkennen, Widersprüche prüfen, Alternativerklärungen abwägen und verhindern, dass eine plausible Selbsterklärung vorschnell mit einer klinischen Diagnose gleichgesetzt wird.

Diese Kompetenz darf jedoch nicht einfach vorausgesetzt werden. Sie muss sich in der Qualität der vorgenommenen Unterscheidungen zeigen.

Im vorliegenden Fall stellt sich deshalb die Frage:

> Was fügte die klinische Interpretation der bereits vorhandenen Daten tatsächlich hinzu?

Mögliche Antworten wären:

- Sie könnte Widersprüche zwischen verschiedenen Aussagen erkannt haben.
- Sie könnte Merkmale identifiziert haben, die der Autor selbst übersah.
- Sie könnte die hohen Screeningwerte durch ein besser passendes Alternativmodell erklärt haben.
- Sie könnte zwischen langjährigen Strukturen und aktuellen Belastungsreaktionen unterschieden haben.
- Sie könnte Selbstdarstellung, Kompensation und situatives Verhalten in einen konsistenten Lebensverlauf eingeordnet haben.
- Sie könnte die Qualität und diagnostische Relevanz der vorgelegten Langzeitevidenz geprüft haben.

All dies wäre ein legitimer epistemischer Mehrwert klinischer Diagnostik.

Im schriftlichen Befund und im Rückmeldegespräch wurde dieser Mehrwert jedoch nur begrenzt sichtbar. Die Ambulanz nannte das Ergebnis, einzelne Testwerte und alternative diagnostische Begriffe. Sie legte aber keine nachvollziehbare Rekonstruktion vor, aus der hervorging, wie die klinische Interpretation die vorhandenen Widersprüche besser auflöste als die Autismus-Hypothese.

Die Autorität der Interpretation beruhte damit weniger auf ihrer transparenten Begründung als auf ihrer institutionellen Herkunft.

Die Diagnostikerinnen galten als diejenigen, die einordnen durften. Der Patient galt als derjenige, dessen Einordnung selbst Gegenstand diagnostischer Beurteilung werden konnte.

Die vorgelegten Texte wurden im Befund mit keinem Wort erwähnt. Von dieser Ausblendung könnte man ableiten, dass sie keinerlei Bedeutung hatten, sprich nicht beachtet wurden. Zumindest nicht in ihrer inhaltlichen Qualität, sondern es schien eher der Umstand das Daten vom Patienten in erheblichem Maße vorgelegt wurden, als diagnostisches Merkmal verwertet worden zu sein.

Man sieht hier wie bestimmte potenziell autistische Profile ungleich behandelt wurden. Die äußere Beobachtbarkeit sozialer Defizite stand im Vordergrund. Monotropismus, Double-Empathy, das innere Erleben eines Autisten, wäre überwiegend im Material zu finden gewesen.

Dies scheint gerade bei einem 53-jährigen Menschen umso absurder, dass die Ambulanz hier diese Entwertung der Evidenz vornahm.

Ungleiche Fehlerfolgen

Diese Hierarchie wird besonders problematisch, weil Fehler auf beiden Seiten unterschiedlich behandelt werden.

Der Patient kann sich irren. Er kann Forschung einseitig lesen, Antworten an eine gewünschte Diagnose anpassen, Erinnerungen retrospektiv umdeuten oder die Bedeutung eigener Merkmale überschätzen. Seine mögliche Fehlbarkeit wird deshalb ausdrücklich zum Gegenstand des Verfahrens.

Auch Diagnostikerinnen können sich irren. Sie können Aussagen missverstehen, Notizen verkürzen, ungewöhnliche Biografien in bekannte Muster einordnen, aktuelle Forschung unzureichend berücksichtigen oder eigene institutionelle Vorannahmen nicht erkennen. Diese Fehlbarkeit wird jedoch im Verfahren weit weniger sichtbar gemacht.

Die Fehler des Patienten gelten als diagnostische Daten.

Die Fehler der Institution gelten zunächst als fachliche Einschätzungen.

Daraus entsteht eine strukturelle Ungleichheit. Wenn der Autor, der selbst zu Autismus forschte, seine eigene Arbeit für diagnostisch zentral hielt und die Ambulanz dies als Überbewertung interpretierte, konnte diese Interpretation später sogar zur Begründung narzisstischer Persönlichkeitszüge beitragen. Wenn die Ambulanz dagegen die jahrzehntelange Werkbindung möglicherweise unterschätzte, existierte kein institutionell vorgesehenes Verfahren, in dem diese Unterschätzung vor Abschluss des Befunds überprüft werden musste.

Der Irrtum des Patienten konnte pathologisiert werden.

Der Irrtum der Diagnostikerin blieb durch ihre Rolle geschützt.

Wenn eine Ambulanz wie jene der Humboldt ihre eigene Autorität hier überspannt und wie hier geschehen überhaupt nicht mehr auf Einwände des Patienten eingeht, dann verspielt sie Vertrauen in die Qualität der Diagnostik an sich.

Angesichts der hier dargelegten Mängel muss dann gefragt werden, ob auf die Diagnostik bei einer solchen Ambulanz überhaupt noch Verlass sein kann.

Das könnte angesichts der Masse der bei Humboldt zur Diagnostik vorstellig werdenden Personen rasch ein massives Haftungsrisiko bedeuten.

Evidenzmenge und epistemische Aufnahmefähigkeit

Der Fall zeigt zugleich, dass eine große Menge an Evidenz nicht automatisch zu größerer diagnostischer Genauigkeit führt.

Im Gegenteil kann ungewöhnlich umfangreiches Material ein ressourcenbegrenztes Verfahren überfordern. Die Institution verfügt über festgelegte Zeitfenster, standardisierte Instrumente, abrechenbare Leistungen und eine begrenzte Zahl an Fallkonferenzen. Sie ist darauf ausgerichtet, aus einer überschaubaren Menge klinisch verwertbarer Informationen eine Entscheidung zu produzieren.

Ein evidenztragender Patient stört diese Architektur.

Er bringt mehr Material mit, als das Format aufnehmen kann. Sein Leben liegt nicht nur in Erzählungen vor, sondern in Büchern, Filmen, Papers und Akten. Je umfangreicher dieses Material ist, desto schwieriger wird seine Integration in ein Verfahren, das bereits vor Kenntnis des konkreten Falles zeitlich standardisiert wurde.

Damit entsteht ein paradoxes Verhältnis:

> Je besser ein Patient sein Leben dokumentiert hat, desto größer kann die Gefahr werden, dass seine Evidenz aufgrund institutioneller Überforderung epistemisch entwertet wird.

Das Problem besteht nicht darin, dass eine Ambulanz jede Seite eines dreißigjährigen Werkes lesen müsste. Eine solche Forderung wäre praktisch unrealistisch. Sie müsste jedoch ein Verfahren besitzen, mit dem umfangreiche Langzeitevidenz geordnet aufgenommen werden kann. Sie müsste transparent auswählen, welche Teile sie für diagnostisch relevant hält, weshalb sie andere nicht berücksichtigt und welche Begrenzung daraus für die Sicherheit des Urteils folgt.

Genau diese Zwischenschritte blieben unsichtbar.

Das Material wurde nicht vollständig widerlegt. Es wurde offenbar weitgehend außerhalb der entscheidenden Erkenntnisproduktion gehalten.

Bei einer Autismus-Diagnostik für einen 53-Jährigen ist das grob fahrlässig.

Das ist wissenschaftlich betrachtet äußerst bedenklich. Weil Evidenz dann nicht nach Gehalt oder Inhalt bewertet wird, sondern nach Bequemlichkeit.

Das ist für eine Universität wie die Humboldt beschämend.

Die Umkehrung der Beweisrelation

Normalerweise soll eine Diagnose das Leben erklären. Im vorliegenden Fall entstand jedoch der Eindruck, das Leben müsse sich zunächst an die Aufnahmefähigkeit des diagnostischen Formats anpassen.

Das Verfahren fragte nicht vorrangig:

> Welche Untersuchung wäre notwendig, um diesen ungewöhnlich dokumentierten Lebensverlauf angemessen zu erfassen?

Es fragte faktisch:

> Welche Teile dieses Lebensverlaufs lassen sich innerhalb der vorhandenen Instrumente und Zeitfenster diagnostisch verarbeiten?

Damit kehrte sich die Beweisrelation um.

Nicht das Material bestimmte die notwendige Tiefe der Untersuchung. Die vorhandene Untersuchung bestimmte, welches Material als relevant erscheinen konnte.

Diese Umkehrung betrifft besonders spät diagnostizierte Erwachsene. Bei ihnen ist Autismus nicht nur in einzelnen beobachtbaren Verhaltensweisen zu suchen. Er kann sich in jahrzehntelangen Mustern von Arbeit, Beziehungen, Überlastung, Kompensation, Scheitern und Selbstorganisation zeigen. Je älter und komplexer die Person ist, desto weniger plausibel ist die Annahme, wenige Stunden direkter Beobachtung könnten gegenüber der gesamten Lebensgeschichte automatisch den epistemischen Vorrang besitzen.

Die klinische Begegnung sieht die Person im Raum.

Die Biografie zeigt, was diese Person über Jahrzehnte hinweg unter wechselnden Bedingungen tun konnte und woran sie scheiterte.

Beides ist relevant. Doch es handelt sich nicht um gleichartige Daten. Das wird besonders für ältere Betroffene zum Problem.

Das Werk als biografisches Langzeitinstrument

Im Fall des Autors war das Werk nicht nur Ausdruck künstlerischer oder wissenschaftlicher Leistung. Es war ein Langzeitinstrument der Selbst- und Weltbeobachtung.

Über fast drei Jahrzehnte kehrte die Arbeit zu bestimmten strukturellen Problemen zurück. Sie dokumentierte Konflikte, Denkformen, institutionelle Erfahrungen, Bindungen und die Bedingungen, unter denen produktive Tätigkeit möglich blieb. Damit besaß das Werk eine diagnostische Funktion, die über eine gewöhnliche Berufsangabe hinausging.

Außerdem publizierte der Autor mehrfach als Forscher zu Autismus.

Zu sagen, eine Person arbeite als Künstler oder Forscher, wäre diagnostisch wenig ergiebig.

Zu zeigen, dass eine Person seit fast drei Jahrzehnten annähernd vollzeitig, weitgehend unbezahlt, trotz Armut, fehlender institutioneller Anerkennung und wiederholter gesundheitlicher Zusammenbrüche

an einem zusammenhängenden Werk arbeitet, dass möglicherweise viele Hinweise auf Autismus zeigt, die sogar in diesem Fall in der internationalen Autismusforschung vorgestellt wurden, ist etwas anderes.

Das Material konnte Hinweise geben auf:

- ungewöhnliche Dauer und Intensität der Gegenstandsbindung;
- geringe Unterbrechbarkeit;
- wiederkehrende strukturelle Themen;
- Abhängigkeit der Handlungsfähigkeit von selbstbestimmten Arbeitsbedingungen;
- einen starken Unterschied zwischen Eigenarbeit und fremdorganisierter Erwerbsarbeit;
- regulatorische Funktionen der Tätigkeit;
- sowie die langfristige Verschränkung von Arbeit, Identität und psychischer Stabilität.

Keine dieser Eigenschaften beweist für sich genommen Autismus. In ihrer Verbindung erzeugen sie jedoch einen erheblichen diagnostischen Erklärungsbedarf.

Hinzu kommt, dass der Autor wissenschaftliche Beiträge zur Autismusforschung beisteuerte, in denen Zusammenhänge zwischen eigenen Erfahrungen und autistischer Interpretation diskutiert wurden. Dies einfach zu ignorieren, was der Kollege da erforscht, erschien hier äußerst fragwürdig bis respektlos.

Wenn eine Ambulanz ein solches Werk nicht inhaltlich prüfen kann, muss sie zumindest anerkennen, dass ein zentraler Teil der Langzeitevidenz ungeprüft bleibt. Sie darf das Material dann nicht zugleich indirekt gegen die Person verwenden, indem sie deren Beharren auf seinem Wert als Selbstüberhöhung interpretiert, den Inhalt aber entwertet.

Andernfalls entsteht ein unauflösbarer Zirkel:

> Das Werk wird nicht geprüft, weil es zu umfangreich oder institutionell nicht hinreichend autorisiert ist. Das Beharren des Autors auf seiner Bedeutung wird anschließend als psychologisches Merkmal bewertet. Gerade diese Bewertung dient dann dazu, die Glaubwürdigkeit seiner Selbsteinschätzung weiter zu relativieren.

Die Evidenz wird nicht widerlegt.

Der Träger der Evidenz wird umgedeutet.

Epistemische Objektivierung

Diese Struktur kann als **epistemische Objektivierung** beschrieben werden.

Der Patient wird zum Gegenstand von Wissen, ohne in gleicher Weise als Produzent von Wissen anerkannt zu werden.

Die Person darf über sich Auskunft geben.

Sie darf jedoch nicht ohne Weiteres darüber mitentscheiden, was ihre Auskunft bedeutet.

Das wirft massive ethische Fragen auf, gerade weil die Aussagen von Neurodivergenten in der Geschichte der Neurodivergenzforschung oftmals auf skandalöse Weise marginalisiert wurden, auch um teils abstruse Theorien zu verteidigen.

Das Leitprinzip **„Nothing About Us Without Us"** stammt aus der internationalen Behindertenrechtsbewegung. Es wurde besonders durch Selbstvertretungsorganisationen behinderter Menschen verbreitet und bezeichnet den Anspruch, dass über behinderte Menschen nicht geforscht, entschieden oder verfügt werden darf, ohne sie als gleichberechtigte Wissens- und Entscheidungsträger:innen einzubeziehen. James I. Charlton machte die Formel mit seinem 1998 erschienenen Buch *Nothing About Us Without Us: Disability Oppression and Empowerment* zu einem zentralen theoretischen Begriff der Disability Studies; auch die Vereinten Nationen übernahmen sie als Grundsatz voller Partizipation.

Kristie Dotsons (2011) Begriff der epistemischen Gewalt beziehungsweise des epistemischen Verstummens erweitert dieses Problem über eine bloße Herabsetzung individueller Glaubwürdigkeit hinaus. Eine Person kann ausführlich sprechen und dennoch epistemisch zum Schweigen gebracht werden, wenn die vorhandenen institutionellen Kategorien ihre Aussage nicht als relevantes Wissen aufnehmen können oder wollen. Im vorliegenden Fall bestand das Problem daher nicht notwendig darin, dass der Autor keine Stimme besaß. Es bestand darin, dass seine Stimme innerhalb der diagnostischen Verarbeitung ihre korrigierende und erkenntnistragende Funktion verlieren konnte.

Der Autor hatte nicht nur eine andere Interpretation einzelner Symptome. Er vertrat ein anderes Modell autistischer Erkenntnis, Kommunikation und Bindung. Damit trafen nicht bloß Patient und Diagnostikerin aufeinander, sondern zwei epistemische Perspektiven auf Autismus.

Die institutionelle Perspektive besaß jedoch die alleinige Macht zur Kodierung.

Die klinische Hierarchie als Selbstschutz

Eine Wissenshierarchie dient nicht nur der fachlichen Ordnung. Sie schützt auch die Funktionsfähigkeit der Institution.

Würde jede umfangreiche Selbstdokumentation automatisch eine gleichberechtigte wissenschaftliche Prüfung erzwingen, wären viele Ambulanzen organisatorisch überfordert. Diagnostische Systeme benötigen daher Auswahlregeln. Sie müssen festlegen, welche Materialien in welchem Umfang berücksichtigt werden können.

Problematisch wird dies nicht durch die Auswahl selbst, sondern durch ihre fehlende Offenlegung.

Wenn eine Institution faktisch nur eine begrenzte Menge biografischer Evidenz aufnehmen kann, müsste sie dies gegenüber den Patient:innen transparent benennen. Sie müsste sagen:

> Unser Verfahren kann bestimmte komplexe Langzeitdaten nur eingeschränkt prüfen. Ein negatives Ergebnis besitzt deshalb in diesen Bereichen eine begrenzte Aussagekraft.

Stattdessen bleibt die Ressourcenbegrenzung im Hintergrund, während das Ergebnis mit dem Gewicht universitärer Fachlichkeit kommuniziert wird.

Die organisatorische Grenze erscheint nicht als Grenze der Institution.

Sie erscheint als Grenze der Evidenz des Patienten.

Aus „Wir konnten dieses Material nicht vollständig prüfen“ wird faktisch:

> „Dieses Material war für das diagnostische Ergebnis nicht hinreichend überzeugend.“

Diese Sätze sind nicht identisch.

Im ersten Fall liegt die Begrenzung beim Verfahren.

Im zweiten liegt sie bei der Person und ihrem Material.

Gerade hier beginnt die spätere ethische Frage, ob Ressourcenknappheit in eine Aussage über die Realität des Patienten verwandelt wird.

Man muss die Frage stellen, ob es wissenschaftlich überhaupt legitim ist, Autismus-Diagnostik zu betreiben, wenn man nicht gewillt ist, die dafür erforderlichen Ressourcen bereitzustellen. Was ist diese Diagnose dann aus wissenschaftlicher Sicht noch wert?

Darf eine Ambulanz öffentlich behaupten, sie kläre, ob Autismus vorliegt, wenn sie große Teile der Evidenz im Vorfeld löschen muss, um ihr Verfahren überhaupt umsetzen zu können?

Was steht hier im Vordergrund? Das Wohl der Betroffenen, oder das Wohl der Ambulanz?

Und was muss diese Erkenntnis international für die Autismus-Diagnostik bedeuten? Dies könnte den Anfang einer massiven Krise andeuten.

Das verschwundene Korrekturrecht

Ein evidenztragender Patient benötigt nicht das Recht, seine gewünschte Diagnose durchzusetzen. Er benötigt jedoch die Möglichkeit, wesentliche Missverständnisse vor Abschluss des Befunds zu erkennen und zu korrigieren.

Im vorliegenden Verfahren war ein solches Rückkopplungsverfahren nicht vorgesehen. Der Autor konnte zwar im Rückmeldegespräch widersprechen, doch zu diesem Zeitpunkt war das interne Urteil bereits gebildet. Die Fallkonferenz hatte stattgefunden, Beobachtungen waren verdichtet und diagnostische Kategorien zugeordnet worden.

Korrektur war nun nicht mehr Teil der Erkenntnisbildung. Sie wurde aus Ressourcenknappheit verweigert.

Damit veränderte sich auch die Bedeutung des Widerspruchs. Vor der Entscheidung hätte ein Einwand als zusätzliche Information gelten können. Nach der Entscheidung konnte derselbe Einwand als mangelnde Akzeptanz, Kränkung, Überheblichkeit oder Diagnosebegehren erscheinen.

Der Zeitpunkt der Beteiligung ist daher epistemisch entscheidend.

Eine Person ist nicht partizipativ in eine Diagnostik einbezogen, nur weil sie am Ende das Ergebnis kommentieren darf. Beteiligung setzt voraus, dass ihre Korrekturen noch Einfluss auf den Entstehungsprozess des Urteils haben können.

Im Fall des Autors war diese Möglichkeit nicht erkennbar gegeben. Er durfte widersprechen, aber der Widerspruch besaß keine sichtbare diagnostische Wirkung. Auch dann nicht, wenn Fehler im Gutachten objektiv bewiesen wurden. Die Ambulanz könnte darüber streiten, dies erneut widerlegen, aber sie sollte sich nicht weigern Evidenz zu beachten.

Aber die Humboldt-Ambulanz unter der Aufsicht von Frau Prof. Dziobek weigerte sich, widerlegte Evidenz erneut zu prüfen.

Besonders heikel ist das in einem Verfahren, dass wissenschaftlich korrekt sein sollte und juristisch erhebliche Konsequenzen hat.

Man drängte den Autor unter Zeit- und Abrechnungsdruck hinaus.

Der asymmetrische Status von Selbstwissen

Selbstwissen ist weder unfehlbar noch bedeutungslos.

Menschen können sich über sich selbst täuschen. Sie können zugleich Aspekte ihres Erlebens kennen, die in keiner klinischen Beobachtung unmittelbar zugänglich sind. Dazu gehören die Kosten sozialer Interaktion, die bewusste Konstruktion von Blickkontakt, die Erschöpfung nach einem Gespräch, die Funktion eines Spezialinteresses, der innere Aufwand von Übergängen und die Differenz zwischen sichtbarer Kompetenz und tatsächlicher Belastbarkeit.

Gerade bei Masking ist das Selbstwissen nicht bloß Zusatzinformation. Es betrifft definitionsgemäß Prozesse, die darauf ausgerichtet sind, von außen nicht sichtbar zu werden.

Eine Diagnostik, die sichtbares Verhalten höher gewichtet als die Beschreibung des Verbergens dieses Verhaltens, gerät deshalb in einen methodischen Zirkel:

> Erfolgreiches Masking wird nicht erkannt, weil es erfolgreich ist. Die fehlende Sichtbarkeit wird anschließend als Hinweis gegen das Vorliegen des maskierten Merkmals verwendet.

Das bedeutet nicht, dass jede Selbstaussage über Masking ungeprüft übernommen werden muss. Es bedeutet, dass ihre Zurückweisung nicht allein auf der Abwesenheit sichtbarer Auffälligkeit beruhen darf.

Das Selbstwissen des Patienten muss geprüft werden.

Es darf aber nicht dadurch entwertet werden, dass es Selbstwissen ist.

Arbeiten von Monique Botha (2021) zeigen, dass autistische Menschen in der Wissensproduktion über Autismus häufig zugleich Gegenstand der Forschung sind und epistemisch marginalisierte Sprecher:innen bleiben. Ihr Wissen wird leichter als subjektiv, aktivistisch, emotional oder identitätspolitisch eingeordnet, während klinische und akademische Perspektiven als neutral

erscheinen. Gerade im vorliegenden Fall wird diese Asymmetrie sichtbar: Die intensive wissenschaftliche Beschäftigung des Autors mit Autismus erhöhte nicht notwendig die Anerkennung seiner Expertise, sondern konnte selbst als Ausdruck einer diagnostischen Fixierung oder eines gewünschten Ergebnisses gelesen werden.

Der epistemische Kern des Falles

Der untersuchte Fall ist deshalb nicht allein ein Streit über die richtige Diagnose.

Er ist ein Konflikt über die Hierarchie von Wissen.

Auf der einen Seite stand eine Institution mit klinischer Autorität, standardisierten Instrumenten, Fallkonferenz und der Macht, einen sozial und rechtlich wirksamen Befund zu erzeugen.

Auf der anderen Seite stand eine Person mit jahrzehntelanger Lebenskenntnis, umfangreicher Dokumentation, hohen Screeningwerten, fachlicher Vorbildung, eigener Forschung und einer ausgearbeiteten Erklärung ihres Funktionsprofils.

Die Institution musste diese Erklärung nicht übernehmen.

Sie musste aber zeigen, weshalb ihr eigenes Modell die vorhandenen Daten besser erklärte.

Gerade das wurde von den Diagnostikerinnen aktiv verweigert. Kritische Fragen dazu wurden nicht beantwortet.

Statt einer offenen Auseinandersetzung zwischen zwei Modellen entstand eine Hierarchie, in der nur eines den Status einer legitimen diagnostischen Interpretation besaß. Das Modell des Patienten wurde selbst zum Gegenstand klinischer Deutung. Das Modell der Institution blieb dagegen die Instanz, die nicht nur über die Diagnose, sondern auch über den epistemischen Wert des Gegenmodells entscheiden durfte.

Damit entstand eine strukturelle Unwucht:

> Die Ambulanz konnte die Interpretation des Autors diagnostizieren. Der Autor konnte die Interpretation der Ambulanz kritisieren, aber nicht an ihrer Entstehung mitwirken.

Genau darin liegt die epistemische Entmündigung des evidenztragenden Patienten.

Gerade in einem Fall wie diesem erscheint sie bei der Humboldt als massiv. Wie erst musste es bei Patient:innen aussehen, die keine wissenschaftlich ausgearbeiteten Unterlagen mitbrachten, sondern eigene Wahrnehmungen direkt schilderten?

Das Problem besteht nicht darin, dass die Institution zu einem anderen Ergebnis gelangte. Wissenschaftliche und klinische Einschätzungen dürfen voneinander abweichen. Sie besteht darin, dass die Abweichung nicht als Konflikt zweier prüfbarer Erklärungsmodelle organisiert wurde. Das institutionelle Modell erhielt Vorrang, bevor seine Überlegenheit transparent gezeigt worden war.

Auch wurden die massiven Schwächen des von Ressourcenknappheit getriebenen Verfahrens bei weitem nicht ausreichend transparent gemacht. Der Autor hatte als Forscher hier Vorwissen, normale Patient:innen haben dieses nicht. Sie können nicht einschätzen, wie fehleranfällig das System hier ist.

Der evidenztragende Patient wurde dadurch auf die Rolle zurückgeführt, die das Verfahren für ihn vorgesehen hatte: Er durfte Daten liefern. Die Bedeutung dieser Daten blieb jedoch Eigentum der Institution.

Damit schützte sich die Institution. Möglicherweise auf Kosten von sehr vielen Betroffenen.

Das folgende Kapitel untersucht nun genauer, wie diese Bedeutung hergestellt wurde. Denn zwischen dem Leben einer Person und dem späteren Befund liegt kein unmittelbarer Erkenntnisakt. Dazwischen liegt eine Transformationskette aus Fragen, Antworten, Beobachtungen, Notizen, Auswahlentscheidungen und Interpretationen. Die klinische Subjektivität verschwindet in dieser Kette nicht. Sie wird institutionell unsichtbar.

10. Die doppelte Subjektivität klinischer Interpretation

Die Autismus-Diagnostik unterscheidet gewöhnlich zwischen subjektiven Selbstauskünften und klinischer Beurteilung. Fragebögen, autobiografische Berichte und die Einschätzungen naher Bezugspersonen gelten als wichtige Informationsquellen, werden aber regelmäßig mit dem Hinweis versehen, sie seien subjektiv und müssten deshalb durch fachliche Beobachtung und diagnostische Gesamtschau eingeordnet werden.

Diese Unterscheidung ist grundsätzlich nachvollziehbar. Menschen besitzen keinen neutralen Zugang zu sich selbst. Erinnerungen verändern sich, aktuelle Belastungen färben rückblickende Bewertungen, diagnostische Erwartungen können Antworten beeinflussen, und komplexe Lebensphänomene lassen sich nicht allein aus Selbstauskünften ableiten.

Problematisch wird die Unterscheidung dort, wo der klinischen Interpretation stillschweigend ein objektiver Status zugeschrieben wird.

Das Interview beseitigt die Subjektivität der Selbstauskunft nicht. Es fügt ihr die Subjektivität der Diagnostikerin hinzu und versieht diese zweite Subjektivität mit institutioneller Autorität.

Dieser Satz bezeichnet einen zentralen methodischen Konflikt des untersuchten Verfahrens.

Der Autor beantwortete zahlreiche standardisierte Fragen, legte frühere Screeningwerte vor, berichtete ausführlich über seinen Lebensverlauf und ließ Fremdanamnesen durchführen. Diese Daten waren subjektgebunden. Sie beruhten auf seinen Erinnerungen, seiner Selbstwahrnehmung und den Wahrnehmungen naher Bezugspersonen.

Im Interview blieben diese Aussagen jedoch nicht in ihrer ursprünglichen Form bestehen. Sie wurden ausgewählt, verkürzt, notiert, interpretiert und diagnostischen Kategorien zugeordnet. Zwischen die Erfahrung und den späteren Befund trat damit eine zweite Person mit eigenen Erwartungen, theoretischen Annahmen, Zeitgrenzen, Vergleichsfällen und institutionellen Verpflichtungen.

Aus einer subjektiven Aussage wurde keine objektive Tatsache. Aus ihr wurde eine klinisch autorisierte Interpretation.

Es kam dadurch zu einem Gatekeeping. Ein Gatekeeping ist aber kein wissenschaftlich legitimer Vorgang. Sondern eine verwaltungstechnische Praxis.

Vom Leben zum Befund

Zwischen dem tatsächlichen Leben einer Person und der abschließenden Diagnose liegt eine mehrstufige Transformationskette:

> Leben → Erinnerung → Antwort → Nachfrage → Notiz → Interpretation → Fallkonferenz → Befund.

Jede Stufe verändert das Material.

Das gelebte Ereignis ist umfangreicher als die Erinnerung daran. Die Erinnerung ist umfangreicher als das, was in einer konkreten Situation ausgesprochen werden kann. Die Antwort hängt von der Form der Frage ab. Die Notiz enthält nur einen Ausschnitt der Antwort. Die Interpretation ordnet diesen Ausschnitt einem bereits vorhandenen Begriffssystem zu. In der Fallkonferenz werden einzelne Beobachtungen erneut zusammengefasst. Der schriftliche Befund reduziert schließlich die gesamte Kette auf wenige diagnostische Aussagen.

Eine Teamkonferenz bindet nicht nur verschiedene Meinungen, sondern kann auch eine kollektive BIAS verstärken. Im Gruppenzwang werden Bedenken anders geäußert. Man neigt eher zur Glättung ungewöhnlicher Ergebnisse.

Diese Reduktion ist zwar unvermeidlich. Kein medizinischer Bericht kann ein vollständiges Leben wiedergeben. Die wissenschaftliche Frage lautet deshalb nicht, ob reduziert wurde, sondern wie.

Welche Informationen gingen verloren?

Welche blieben erhalten?

Welche wurden in ihrer Bedeutung verändert?

Welche Unsicherheiten verschwanden während der Verdichtung?

Und welche Interpretationen erhielten am Ende den Status von Tatsachen?

Im untersuchten Verfahren waren diese Übergänge für den Autor kaum sichtbar. Er konnte seine Antworten geben, aber nicht überprüfen, wie sie festgehalten wurden. Er konnte nicht sehen, welche Formulierungen aus ihnen entstanden und welche Zusammenhänge in der internen Besprechung erhalten blieben. Erst im Rückmeldegespräch wurden ihm einzelne Notizen auf einem Monitor gezeigt. Nach seiner Dokumentation erfolgte dies durch schnelles Scrollen, sodass eine systematische Prüfung nicht möglich war.

Damit blieb gerade jener Teil des Verfahrens unsichtbar, in dem aus Aussagen klinische Bedeutung wurde.

Die Frage ist, warum sollte man einer Ambulanz vertrauen, wenn sie ihre Ergebnisse nicht nachvollziehbar und überprüfbar kommunizieren kann? Wenn am Ende nur Autorität als Legitimation bleibt.

Das mag in der klinischen Praxis eine zweitrangige Frage sein. In der Betrachtung menschlicher Grundrechte ist es das nicht. Auch in der Wissenschaft sehen wir hier Grundvoraussetzungen, von denen erst als wahr bezeichnete Aussagen abgeleitet werden können, wenn überhaupt.

Autismus-Diagnostik ist eine Industrie. Aber worauf begründet sie ihre Entscheidungsfähigkeit?

Michel Foucault (1973) beschrieb mit dem klinischen Blick eine Wissensordnung, in der die untersuchte Person durch medizinisch definierte Formen der Sichtbarkeit und Sagbarkeit zum klinischen Gegenstand wird. Für den vorliegenden Fall ist daran weniger eine allgemeine Kritik der Medizin entscheidend als die Frage, welche Teile eines Lebens innerhalb dieses Blicks überhaupt als diagnostisch existent erscheinen. Was nicht in die vorgesehenen Fragen, Beobachtungskategorien und Befundformen übersetzt werden kann, droht nicht nur unberücksichtigt zu bleiben, sondern aus der klinisch wirksamen Realität zu verschwinden.

Die Frage erzeugt einen Antwortbereich

Eine diagnostische Frage erhebt nicht nur Information. Sie legt zugleich fest, welche Art von Information antwortbar wird.

Die Frage „Vermeiden Sie soziale Situationen?“ erzeugt beispielsweise eine andere Erkenntnis als die Frage:

> „Was genau geschieht in sozialen Situationen, welche Belastung entsteht dabei, und weshalb vermeiden Sie diese?“

Die erste Frage kann einen hohen Wert in einer Angstskala erzeugen. Die zweite kann zwischen Bewertungsangst, Reizüberlastung, Kommunikationsunsicherheit, Erschöpfung und negativer Lernerfahrung unterscheiden.

Ebenso verhält es sich mit Fragen zu Anerkennung, Neid oder Selbstwert. Die Frage, ob sich ein Autor über Lob für ein Buch freut, erfasst zunächst eine gewöhnliche menschliche Reaktion. Erst vertiefende Fragen könnten zeigen, ob Anerkennung eine angemessene Freude auslöst oder ob ein dauerhaftes, unersättliches Bedürfnis nach Bewunderung besteht.

Die diagnostische Bedeutung steckt deshalb nicht einfach in der Antwort. Sie entsteht aus der Verbindung von Frage, Kontext, Vertiefung und Interpretation.

Wenn diese Verbindung später nicht offengelegt wird, erscheint die diagnostische Aussage so, als habe sie bereits vollständig in der ursprünglichen Antwort gelegen.

Das war bei der narzisstischen Persönlichkeitsakzentuierung besonders sichtbar. Einzelne Antworten zu Lob, Professuren und möglichem Neid wurden in einen Persönlichkeitsrahmen eingeordnet. Der Bericht machte jedoch nicht transparent, welche zusätzlichen Nachfragen gestellt, welche Gegenbeispiele geprüft und welche biografischen Muster tatsächlich festgestellt worden waren.

Die klinische Interpretation erscheint dadurch als Entdeckung eines Merkmals.

Möglich ist aber ebenso, dass sie das Merkmal erst durch die spezifische Ordnung der Antworten erzeugte.

Man kann sagen, Autismus-Diagnostik kann das nicht leisten. Aber was leistet sie dann? Und ist das angemessen, wenn man Menschen über Jahre auf einen Diagnostiktermin warten lässt? Die Betroffenen erwarten eine wissenschaftlich saubere Klärung.

Die Notiz als epistemischer Flaschenhals

Die schriftliche Notiz der Diagnostikerin besitzt innerhalb des Verfahrens eine ungewöhnlich große Macht.

Sie ist kein neutrales Protokoll. Sie ist eine Auswahl.

Während ein Patient spricht, entscheidet die Fachperson:

- was notiert wird;
- wie ausführlich es notiert wird;
- welche Formulierung verwendet wird;
- ob eine Aussage als wörtliches Zitat, Zusammenfassung oder Interpretation erscheint;
- ob der situative Kontext aufgenommen wird;
- und welche Äußerungen als diagnostisch bedeutsam gelten.

Die Notiz wird anschließend zur Grundlage weiterer Interpretation. Andere Teammitglieder begegnen möglicherweise nicht mehr der ursprünglichen Aussage, sondern nur ihrer verdichteten Form. In diesem Fall erst nach sechs Wochen.

Aus:

> „Ich beneide Menschen mit Professuren um institutionelle Sicherheit, Einkommen und die Möglichkeit, unter anerkannten Bedingungen zu forschen“

kann in einer stark verkürzten Notiz werden:

> „Neid auf Professoren.“

Aus:

> „Manche Menschen könnten mir die Freiheit neiden, ohne akademische Rücksicht radikal zu schreiben, obwohl diese Freiheit mit Armut erkauft ist“

kann werden:

> „Glaubt, von anderen beneidet zu werden.“

Beide verkürzten Aussagen sind nicht vollständig falsch. Sie verändern aber die Bedeutung erheblich.

Der Kontext erklärt den Gegenstand und die soziale Realität des Gefühls. Die Verkürzung lässt vor allem den diagnostisch anschlussfähigen Begriff zurück.

Je stärker das Material verdichtet wird, desto leichter kann eine komplexe Aussage in eine vorhandene Kategorie passen.

Das mag alles zweitrangig sein, wenn man eine Erkältung diagnostizieren will, aber wird zu einem gigantischen Problem, wenn es um eine lebenslang gültige Diagnose geht, die das Leben des Betroffenen massiv prägt.

Beobachtung ist theoriegeleitet

Auch klinische Beobachtung ist kein unmittelbares Sehen.

Eine Diagnostikerin beobachtet nicht einfach Verhalten. Sie beobachtet Verhalten im Licht bestimmter diagnostischer Erwartungen. Blickkontakt, Gesprächsfluss, Gestik, Reziprozität, Erzählweise und Reaktion auf Aufgaben erhalten ihre Bedeutung aus einem theoretischen Modell.

Dass eine Person Blickkontakt hält, ist zunächst eine sichtbare Tatsache. Ob dies gegen Autismus spricht, hängt jedoch von weiteren Annahmen ab:

- War der Blickkontakt spontan oder bewusst gesteuert?
- Welche Kosten verursachte er?
- Wurde er über Jahrzehnte trainiert?
- War er in einer strukturierten Zweierinteraktion leichter als im Alltag?
- Diente er gerade dem Masking?
- Entsprach er tatsächlich einer natürlichen sozialen Orientierung oder einer erlernten Regel?

Die Beobachtung allein beantwortet diese Fragen nicht.

Ähnlich ist es mit sozialer Reziprozität. Ein sprachlich hoch kompetenter Mensch kann auf Fragen reagieren, Humor verwenden und ein Gespräch aufrechterhalten. Daraus folgt nicht automatisch, dass soziale Interaktion mühelos, intuitiv oder über unterschiedliche Situationen hinweg stabil gelingt.

Die klinische Beobachtung muss daher selbst interpretiert werden.

Sie besitzt keinen automatischen Vorrang vor dem Selbstbericht.

Wie spontan ist ein Blickkontakt noch, wenn man sich in einer juristischen Auseinandersetzung mit einer Ambulanz befindet und diese über das eigene Leben entscheidet?

Hätte die Ambulanz hier nicht aus wissenschaftlicher Sicht an ihren eigenen Messdaten massiv zweifeln müssen?

Der Unterschied zwischen standardisierten und offenen Daten

Fragebögen haben klare Grenzen. Sie vereinfachen komplexe Erfahrungen, beruhen auf Selbstauskunft und können durch Antworttendenzen beeinflusst werden. Zugleich besitzen sie einen methodischen Vorteil: Ihre Struktur ist sichtbar.

Die untersuchte Person kennt die Frage.

Die Antwort liegt vor.

Die Auswertung folgt einer festgelegten Regel.

Der resultierende Wert kann überprüft werden.

Das klinische Interview ist flexibler und kann Zusammenhänge vertiefen. Gerade diese Flexibilität macht seine Auswertung jedoch weniger transparent. Nicht jede Person erhält dieselben Nachfragen. Nicht jede Antwort wird gleich ausführlich dokumentiert. Die diagnostische Relevanz entsteht im Zusammenspiel zwischen Patient und Fachperson.

Je offener das Verfahren ist, desto größer wird der potenzielle Erkenntnisgewinn.

Zugleich wächst die Abhängigkeit von der Kompetenz und den Vorannahmen der interviewenden Person.

Im Fall des Autors lagen mehrere deutlich auffällige standardisierte Ergebnisse vor. Gleichzeitig gelangte die klinische Interpretation zu einem gegenteiligen Gesamturteil. Ein solcher Widerspruch ist prinzipiell möglich. Standardisierte Screenings können falsch positiv sein, und klinische Diagnostik darf sie korrigieren.

Gerade dann muss jedoch gezeigt werden, wodurch die klinische Interpretation überlegen war.

Welche Antworten waren missverständlich?

Welche Faktoren verzerrten die Werte?

Welche konkreten Beobachtungen widersprachen ihnen?

Welche Alternativerklärung erfasste das gesamte Antwortmuster besser?

Ohne eine solche Darlegung wird aus klinischer Flexibilität klinische Unüberprüfbarkeit.

Das wird dann, wenn Betroffene Einspruch erheben, zu einem erheblichen wissenschaftlichen und juristischen Defizit des Verfahrens. Besonders wenn Diagnostiker:innen, wie in diesem Fall, nach sechs Wochen nicht mehr erklären können, wie sie zu bestimmten Entscheidungen gelangt sind.

Breite der Fragebögen und Tiefe der Interviews

Breitet man, wie zuvor schon erwähnt, die zahlreichen Fragebögen gedanklich auf dem Boden aus, entsteht eine hohe Dichte an Fragen über soziale Interaktion, Routinen, repetitive Interessen, sensorische Erfahrungen, Masking, Erschöpfung, Autonomie, Aufmerksamkeit und Alltag.

In ihrer Summe erfassen sie weit mehr einzelne Situationen als ein mehrstündiges Interview.

Das bedeutet nicht, dass sie automatisch tiefer sind. Ein Interview kann an einem einzigen Beispiel Zusammenhänge sichtbar machen, die zehn standardisierte Fragen verfehlen.

Aber auch das Gegenteil ist möglich.

Ein Interview kann zentrale Bereiche nur kurz berühren, während Fragebögen über zahlreiche Items hinweg ein stabiles Muster erzeugen. Wenn beide Ebenen widersprechen, darf deshalb nicht automatisch angenommen werden, das Interview sei näher an der Wahrheit.

Die entscheidende Frage lautet:

> Was wusste die Diagnostikerin nach dem Interview, was aus den Antworten selbst nicht hervorging?

War es ein Widerspruch?

Eine alternative Motivation?

Eine inkonsistente Biografie?

Ein erkennbarer Antwortstil?

Eine Diskrepanz zwischen Verhalten und Selbstdarstellung?

Oder lediglich ein anderer klinischer Eindruck?

Der Unterschied ist erheblich.

Ein konkret nachgewiesener Widerspruch kann eine Selbstauskunft schwächen.

Ein bloßer Eindruck benötigt selbst eine Begründung.

Und wusste die Interviewerin überhaupt von den anderen festgestellten Daten? Denn genau das hätte womöglich die Fragen massiv verändert. Sie hätte viel präziser nacharbeiten können, hätte sie gewusst, was der Autor bereits in den Screeningtests an Fragen beantwortet hatte, beispielsweise in RAADS-R.

Wenn eine Ambulanz das nicht leisten kann, darf sie das nicht wie hier zum Schaden von Patient:innen vorgaukeln. Sie muss dann ihre Unfähigkeit erklären, und gibt somit in der Praxis möglicherweise ihren Job auf. Sie darf aber nicht einfach weitermachen, ohne Begründungen für Entscheidungen objektiv darlegen zu können.

Subjektivität als asymmetrischer Einwand

Im untersuchten Fall wurde Subjektivität vor allem gegen jene Evidenz verwendet, die für Autismus sprach.

Die eigene Einschätzung des Autors war subjektiv.

Die Fremdanamnese der Partnerin war subjektiv.

Sogar die Meinung der befreundeten Psychotherapeutin wurde als subjektiv gelabelt, obwohl man sie am Telefon explizit nach einer Fachmeinung fragte, die dann aber im Befund verschwiegen wurde.

Die Screeningwerte beruhten auf subjektiven Antworten.

Die klinische Gegeninterpretation wurde dagegen nicht mit gleicher Intensität als subjektgebundene Perspektive ausgewiesen.

Dadurch entstand eine asymmetrische Verwendung des Begriffs.

Subjektivität war kein allgemeines Merkmal aller beteiligten Erkenntnisformen.

Sie wurde zum Schwächungsargument für bestimmte Quellen.

Das Problem ist nicht, dass Selbstauskünfte relativiert wurden. Das ist notwendig. Das Problem ist, dass die relativierende Instanz ihre eigene Relativität nicht in gleicher Weise offenlegte.

Die Verdopplung möglicher Verzerrung

Das Interview kann eine Selbstauskunft korrigieren. Es kann aber auch eine zusätzliche Verzerrung erzeugen. Die Person kann sich in ihrer Antwort irren. Die Diagnostikerin kann die Antwort missverstehen.

Die Person kann einen wichtigen Kontext vergessen. Die Diagnostikerin kann den vorhandenen Kontext nicht notieren. Die Person kann ein Verhalten falsch deuten. Die Diagnostikerin kann dessen Bedeutung vorschnell einer vertrauten Kategorie zuordnen.

Das Interview ist daher kein Filter, der subjektive Verzerrung entfernt. Es ist ein zweites interpretatives System, das Verzerrung sowohl reduzieren als auch vergrößern kann.

Sein wissenschaftlicher Wert hängt davon ab, ob Korrekturmechanismen existieren. Ohne Korrekturmöglichkeiten werden Projektionen zwangsläufig auftreten.

Zu Absicherungen vor dieser Gefahr könnten gehören:

- wörtliche Dokumentation zentraler Aussagen;
- Rückfragen zur beabsichtigten Bedeutung;
- transparente Zusammenfassungen während des Gesprächs;
- Einsicht in wesentliche anamnestische Feststellungen;
- Möglichkeit zur Korrektur vor der Fallkonferenz;
- und offene Darstellung widersprüchlicher Interpretationen.

Im untersuchten Verfahren waren solche Mechanismen nicht erkennbar systematisch vorgesehen.

Die fehlende Rückkopplung

Eine Diagnostikerin könnte während eines Interviews sagen:

> „Ich verstehe Ihre Aussage momentan so, dass Sie Anerkennung stark benötigen und die fehlende Anerkennung als ungerecht erleben. Ist das zutreffend?“

Der Patient könnte antworten:

> „Nein. Ich möchte, dass Sie zwischen dem realen Wert des Materials und meinem institutionellen Status unterscheiden. Mir geht es nicht um Bewunderung, sondern darum, dass Sie die vorgelegte Evidenz prüfen.“

Damit wäre der Konflikt sichtbar.

Die Diagnostikerin könnte weiterhin zu der Auffassung gelangen, die Aussage enthalte narzisstische Elemente. Aber sie müsste nun die alternative Bedeutung ausdrücklich mitdenken.

Ohne eine solche Rückkopplung kann eine anfängliche Interpretation unbemerkt weiterwirken. Spätere Aussagen werden dann bereits im Licht der ersten Hypothese gelesen.

Das ist besonders gefährlich bei Persönlichkeitsdiagnostik. Sobald eine Person als grandios, kränkbar oder wenig einsichtig erscheint, können weitere Einwände diese Lesart bestätigen. Die diagnostische Hypothese verändert die Wahrnehmung des nachfolgenden Materials.

Aus Interpretation wird Beobachtungsfilter.

Hier sei darauf hingewiesen, dass man zwar während der Differenzialdiagnostik die auf dem Tablett ausgefüllten Formulare mit einem Zusatzgespräch wiederholend auf Widersprüche prüfte, nicht aber das vertiefte Interview. Das führte eine junge Diagnostikerin allein mit dem Autor durch. Und das in einem Durchgang.

Warum also tat man es auf der einen Seite, auf der anderen nicht?

Die epistemische Rolle des Schweigens

Auch fehlende Reaktion erzeugt Bedeutung.

Der Autor berichtete mehrfach, dass Diagnostikerinnen auf zentrale theoretische und biografische Einwände kaum reagierten. Eine jüngere Diagnostikerin habe überwiegend genickt, ohne erkennen zu lassen, wie sie seine Aussagen verstand. Im Rückmeldegespräch seien zentrale Einwände nicht inhaltlich beantwortet, sondern wiederholt auf die Gesamtschau oder die klinischen Vorgaben zurückgeführt worden.

Für die Institution kann Schweigen professionelle Neutralität bedeuten. Die Diagnostikerin möchte das Gespräch nicht lenken, keine vorschnelle Rückmeldung geben oder eine laufende Hypothese offenlegen.

Für den Patienten kann dasselbe Schweigen eine erhebliche epistemische Belastung darstellen.

Er weiß nicht:

- ob er verstanden wurde;
- ob seine Aussage als relevant gilt;
- ob ein Missverständnis entstanden ist;
- ob eine Hypothese bereits gegen ihn arbeitet;
- oder ob seine Worte überhaupt in die Auswertung eingehen.

Bei einer Person mit jahrzehntelanger Erfahrung sozialer Missverständnisse kann diese Unklarheit zusätzlichen Anpassungsdruck erzeugen. Sie beginnt möglicherweise, mehr zu erklären, Kontext hinzuzufügen und ihre Darstellung zu kontrollieren.

Genau dieses Verhalten kann anschließend als weitschweifig, selbstbezogen, kontrollierend oder übermäßig intellektualisiert erscheinen.

Das neutrale Schweigen der Diagnostikerin ist somit nicht neutral in seiner Wirkung.

Wenn der Autor das Alter der Diagnostiker:innen erwähnt, dann nicht nur wegen der Frage der Erfahrung, sondern auch weil Ambulanzen häufig günstigere Kräfte einsetzen, um Kosten zu sparen. Dies kann auch eine Rolle spielen, wenn in einem Teil des Verfahrens zwei Diagnostikerinnen anwesend sind, an einem anderen Termin aber nur noch eine.

Beobachtereffekte im diagnostischen Raum

Das Verhalten des Patienten entsteht nicht unabhängig vom Setting.

Der Autor befand sich in einer Institution, die er zuvor verklagt und öffentlich kritisiert hatte. Er wusste zunächst nicht, welche Diagnostikerinnen davon Kenntnis besaßen. Später wurde deutlich, dass zumindest zweit von ihnen informiert waren. Gleichzeitig sollte er sich nach eigener Erinnerung „nicht verstellen".

Unter solchen Bedingungen war ein natürliches Verhalten kaum erwartbar.

Die institutionelle Vorgeschichte erzeugte Wachsamkeit.

Die Bedeutung der Diagnose erzeugte Druck.

Die Unklarheit über die interne Kenntnislage erzeugte Misstrauen.

Das Schweigen der Diagnostikerinnen erzeugte zusätzliche Selbstbeobachtung.

Die Begrenzung der Zeit erzeugte Verdichtungszwang.

Die Reaktionen des Autors waren daher nicht bloß Eigenschaften, die in einem neutralen Raum sichtbar wurden. Sie waren teilweise Antworten auf einen Raum, den die Institution selbst geschaffen hatte.

Eine Diagnostik, die diese Antworten anschließend als reine Persönlichkeitsmerkmale interpretiert, ignoriert ihren eigenen Anteil an der Situation.

Sie beobachtet Effekte, die sie mitproduziert.

Das ist wissenschaftlich im Grunde untragbar.

Die zentrale methodische Konsequenz

Die klinische Interpretation ist unverzichtbar. Gerade deshalb muss sie sichtbar gemacht werden.

Je größer ihre Entscheidungsfreiheit ist, desto größer ist die Pflicht zur Begründung.

Je stärker sie von standardisierten Daten abweicht, desto genauer muss sie zeigen, worauf diese Abweichung beruht.

Je weitreichender das negative Urteil für Identität, Rechte und Behandlung ist, desto weniger darf die Transformationskette zwischen Aussage und Befund verborgen bleiben.

Die zentrale Forderung lautet daher nicht, Selbstauskünfte grundsätzlich höher zu gewichten als klinische Einschätzungen.

Sie lautet:

> **Unterschiedliche Wissensformen müssen symmetrisch auf ihre Begrenzungen geprüft werden.**

Selbstauskunft ist fehlbar.

Fremdanamnese ist fehlbar.

Screening ist fehlbar.

ADOS ist fehlbar.

Klinische Beobachtung ist fehlbar.

Die Gesamtschau ist fehlbar.

Wissenschaftlich entscheidend ist nicht, eine dieser Ebenen für unfehlbar zu erklären, sondern ihre Fehlerquellen gegeneinander sichtbar abzuwägen.

Im untersuchten Verfahren blieb diese Symmetrie weitgehend aus. Die Subjektivität des Patienten wurde diagnostisch bearbeitet. Die Subjektivität der Diagnostikerinnen verschwand hinter der institutionellen Form des Befunds.

Das folgende Kapitel untersucht die Instanz, in der diese verschiedenen Daten angeblich zusammengeführt wurden: die diagnostische Gesamtschau. Sie sollte die Widersprüche integrieren. Im vorliegenden Fall wurde sie jedoch gerade dort aufgerufen, wo ihre eigene Funktionsweise nicht mehr nachvollziehbar war. Dadurch drohte sie von einer Methode der Evidenzintegration zu einer epistemischen Blackbox zu werden.

11. Die Gesamtschau als epistemische Blackbox

Die Humboldt-Universität begründete ihre diagnostische Entscheidung ausdrücklich nicht mit einem einzelnen Test, sondern mit der Integration aller erhobenen Informationen. Im Befundbericht heißt es:

> *„Dabei ist zu betonen, dass eine diagnostische Einordnung grundsätzlich nicht auf der Grundlage eines einzelnen Verfahrens erfolgt. Die Beurteilung basiert stets auf der Integration aller erhobenen Informationen. Erst diese Gesamtschau ermöglicht eine fundierte klinische Einschätzung."*

Dieser Grundsatz ist zunächst fachlich plausibel. Kein einzelner Fragebogen, keine Fremdanamnese und auch kein standardisiertes Beobachtungsverfahren kann eine komplexe Autismus-Diagnostik allein tragen. Unterschiedliche Datenquellen müssen miteinander verbunden, Widersprüche eingeordnet und alternative Erklärungen geprüft werden.

Das Problem des untersuchten Verfahrens bestand daher nicht darin, dass eine Gesamtschau vorgenommen wurde.

Es bestand darin, dass die Gesamtschau als entscheidende Erkenntnisinstanz aufgerufen wurde, ihre konkrete Funktionsweise aber unsichtbar blieb.

Der Begriff bezeichnete das Zentrum der Entscheidung und zugleich deren am wenigsten überprüfbaren Teil.

In diesem Kontext ist auch Meehls (1954) grundlegende Untersuchung *Clinical Versus Statistical Prediction* zu berücksichtigen. Meehl zeigte, dass die freie klinische Gesamteinschätzung einer Fachperson keineswegs automatisch verlässlicher ist als eine regelgeleitete oder statistische Zusammenführung derselben Informationen. Gerade dort, wo zahlreiche Einzelbefunde erst durch eine nicht offengelegte klinische Gewichtung zu einem Ergebnis verbunden werden, entsteht daher kein epistemischer Mehrwert allein durch die Berufung auf Erfahrung oder Intuition. Meehls Befund bedeutet nicht, dass standardisierte Verfahren den Einzelfall vollständig abbilden oder klinisches Urteil ersetzen könnten. Er stellt jedoch die Vorstellung infrage, eine intransparente „Gesamtschau" besitze schon deshalb höhere Geltung, weil sie von erfahrenen Diagnostiker:innen vorgenommen wurde. Wo eine solche Gesamtschau deutlich von der konvergierenden psychometrischen, biografischen und funktionalen Evidenz abweicht, müsste deshalb gerade ihre Kombinationsregel nachvollziehbar offengelegt und begründet werden.

Integration ist nicht bloße Addition

Eine diagnostische Gesamtschau ist keine einfache Addition von Testwerten. Unterschiedliche Daten besitzen nicht dasselbe Gewicht und messen nicht dasselbe.

Ein hoher AQ-Wert ist anders zu beurteilen als eine klinische Beobachtung. Eine Fremdanamnese der Partnerin besitzt einen anderen Zugang als eine wenige Stunden dauernde Untersuchung. Ein ADOS-Wert bildet eine standardisierte Situation ab, während eine dreißigjährige Werkgeschichte langfristige Bindungs- und Funktionsmuster zeigen kann. Entwicklungsdaten aus der Kindheit betreffen wiederum einen anderen zeitlichen Bereich.

Die Aufgabe der Gesamtschau besteht deshalb nicht darin, alle Informationen nebeneinanderzustellen und anschließend einen Gesamteindruck zu formulieren. Sie muss erklären, wie heterogene Evidenz zueinander in Beziehung gesetzt wurde.

Dazu gehören mindestens folgende Fragen:

Welche Daten sprechen für eine Hypothese?

Welche sprechen dagegen?

Welche Quellen sind voneinander unabhängig?

Welche Ergebnisse könnten durch dieselbe Ursache beeinflusst worden sein?

Welche Daten besitzen hohe zeitliche Tiefe, welche nur situative Aussagekraft?

Welche Erklärung verbindet die meisten Befunde mit den wenigsten Zusatzannahmen?

Und an welchen Stellen bleibt Unsicherheit bestehen?

Erst die nachvollziehbare Beantwortung dieser Fragen macht aus einer Ansammlung von Daten eine wissenschaftlich prüfbare Integration.

Im vorliegenden Befund wurde dagegen das Ergebnis der Gesamtschau mitgeteilt, nicht ihr Erkenntnisweg. Und als die Einzelteile des Gutachtens objektiv widerlegt und darin nicht widersprochen wurden, blieb nur noch der Verweis auf eine Gesamtschau, deren scheinbar legitimen Bestandteile nicht mehr aufgezählt werden konnten. Wenn man einer Gesamtschau einen Teil des Fundaments entzieht, muss der Rest noch immer als Gesamtschau tragfähig sein.

Bei der massiven Widerlegung und Debatte, die beim Rückmeldegespräch vorlag, stand eine Gesamtschau unter erheblichem Rechtfertigungsdruck.

Die Aberkennung eines Spezialinteresses ist keine Kleinigkeit.

Das Ergebnis ersetzt die Herleitung

In der abschließenden Beurteilung heißt es:

> *„Vor dem Hintergrund der erhobenen Daten, sowie unter Berücksichtigung des biographischen Verlaufs und der aktuellen Lebenssituation diagnostizieren wir in der Gesamtschau aller Befunde kein Vorliegen einer Autismus-Spektrum-Störung im Erwachsenenalter gemäß ICD-10 und DSM-5."*

Weiter heißt es:

> *„Die Befunde sprechen insgesamt gegen das Vorliegen einer Autismus-Spektrum-Störung. Die erhobenen Auffälligkeiten lassen sich nicht zu einem durchgängigen und für die Diagnose erforderlichen Muster zusammenführen."*

Diese Sätze benennen das Urteil. Sie erklären jedoch noch nicht, wie es zustande kam.

Die Problematik besteht darin, dass dies einerseits wachsweiche Formulierungen sind, die mit einem betonierten Urteil enden, andererseits immer wieder auf einen Gesamteindruck verwiesen wurde, den man sich aber rein methodisch nur unzureichend erarbeiten konnte. ADOS war hier als Methode wissenschaftlich faktisch unbrauchbar, die Differenzialdiagnose befasste sich mehr mit Alternativen des Autismus, als mit dem Autismus selbst, und außer dem seltsam dünnen Interviewgespräch blieb dann sehr wenig übrig, vergleicht man diese Daten allein mit der in Anhang 1 dargelegten Datendichte. Anhang 1 hat über 20 Seiten, das Gutachten der Humboldt nur 4.

Die Behauptung, die Auffälligkeiten ließen sich nicht zu einem durchgängigen Muster verbinden, ist genau der Punkt, der begründet werden müsste. Welche Auffälligkeiten konnten nicht verbunden werden? An welcher Stelle brach das Muster auseinander? Welche notwendige Kontinuität fehlte? Welche Alternativerklärung verband die Daten besser?

Dass man im Rahmen von ICD-10 arbeitete, war eine massive Einschränkung des Autismusbegriffs in Relation zum Stand der Forschung. Das Problem mit der Frage des Spezialinteresses berührte fundamental einen Pfeiler der Diagnosekriterien. Hatte man dieses nicht richtig verstanden, dann stimmten auch alle anderen Relationen und Annahmen nicht mehr.

Sieht man die monotrope Denkweise nicht, versteht man auch die sozialen Defizite falsch. Marginalisiert man die sozialen Defizite, weil jemand gut Maskiert, werden auch andere Faktoren verzerrt.

Man konnte also unmöglich von einer Gesamtschau sprechen, wenn fundamentale Pfeiler wackelten.

Autismus wurde ausgeschlossen, weil sich kein ausreichendes Gesamtmuster ergab. Was aber, wenn die Methodik dieses nicht im realen Sinne ermöglichte, sondern nur im Sinne einer vorgefertigten Erwartung nicht erreichte und diese zu simplifiziert war?

Dadurch drohte eine zirkuläre Begründung.

Denn im Gegensatz zu den gelisteten Werten der einzelnen Untersuchungen besaß die Gesamtschau für sich keinerlei Bewertungsmuster, das in irgendeiner Weise transparent gewesen wäre. Problematisch wurde dies, als objektiv messbare Fehler der Ambulanz gegenüber begründet wurden und keine Korrektur der Gesamtschau erfolgte.

Dies war auch nicht möglich, weil man den zeitlichen Aufwand, so drückte es die Diagnostikerin aus, ablehnte, da dieser von der Krankenkasse nicht bezahlt würde und sie ihren Job ja bekanntlich behalten wollte.

Man muss sich vorstellen, dass Menschen über Jahre auf diese Diagnostik warten.

Wenn die Diagnostikerin den Patienten ausschließlich durch eine Schablone der ICD-10 und des davon abgeleiteten Autismus betrachtete und sich nicht immer wieder die Frage stellte, ob Autismus hier nicht vielleicht auf eine andere Art sichtbar würde, dann degradierte dies die Diagnostik zu einem zwangsweise immer hinter der Forschung hinterhinkenden Dinosaurier, mit zweifelhafter epistemischer Legitimation.

Es schien, als würde die Humboldt-Masking schlicht nicht beachten. Trotz hohen CAT-Q-Wertes wurde dies weder im Gutachten, noch auf Nachfrage irgendwie eingeordnet.

Hier wurde erkennbar, dass sich die Ambulanz juristisch durchaus durchdacht explizit auf nur unter ICD-10 erkennbaren Autismus bezog. *„… kein Vorliegen einer Autismus-Spektrum-Störung im Erwachsenenalter gemäß ICD-10 und DSM-5.“* Es ist aber 2026 komplett unseriös und verantwortungslos, besonders für eine Universitäts-Ambulanz, so zu tun, als sei es legitim, entlang veralteter Standards Autismus auszuschließen. Man hatte die Standards nicht ohne Grund massiv verändert. Gerade ICD-11 hätte die Situation für den Autor erheblich verbessert.

Die Ambulanz hatte auch ein Motiv, bei ICD-10 zu bleiben. Man profitierte aus mehreren Gründen davon. Es wirkte wie ein nützlicher Filter, vereinfachte die Arbeit und schloss genau jene Profile leichter aus, die wegen Masking und anderer Faktoren noch aufwändiger zu diagnostizieren wären. Dies betraf besonders die Gewichtung.

Die unsichtbare Gewichtungsregel

Im Fall des Autors lagen erhebliche Widersprüche zwischen den Datenquellen vor.

Der AQ lag mit 43 deutlich oberhalb des im Bericht genannten Schwellenwerts. Die SRS-Fremdeinschätzung der Partnerin war stark auffällig. Weitere vorgelegte Screenings ergaben ebenfalls hohe Werte. Die langjährige psychotherapeutische Fachkraft aus dem Bekanntenkreis bejahte nach der Dokumentation Autismus. Gleichzeitig lag der ADOS-Wert unterhalb des Grenzwertes, und die klinische Einschätzung der Ambulanz verneinte ausreichende Auffälligkeiten in den Kernbereichen. Der Bericht selbst erklärte jedoch, dass ADOS-Grenzwerte bei hoher kognitiver Fähigkeit und Masking verfehlt werden können, obwohl Autismus vorliegt. Das wurde aber nicht auf den konkreten Fall bezogen, gar kommentiert.

Der Autor hatte aufgezeigt, dass sämtliche auch in der ICD-10 verlangten Symptome (gestörte Beziehungen, Repitatives Verhalten, Spezialinteresse, Probleme in der Kommunikation) sehr wohl vorhanden waren, aber weil man aussagte man könne sie im fragwürdigen Setting nicht beobachten, wurden sie gelöscht.

Eine solche Konstellation verlangt eine explizite Gewichtungsregel. Diese lag aber nicht vor, oder wurde nicht transparent gemacht.

Warum wurde die klinische Beobachtung stärker gewichtet als mehrere deutlich auffällige Selbstauskünfte und Fremdberichte? Darunter die einer Psychotherapeutin.

Welche Bedeutung erhielt der niedrige ADOS-Wert, obwohl dessen begrenzte Ausschlusskraft im Bericht selbst benannt wurde? Aus Sicht der Wissenschaft musste dieser beim speziellen Profil des Autors, also bei Hochbegabung und höherem Alter deutlich als fraglich gelabelt werden.

Hört man da nur das Wort „Gesamtschau“, wirkt ein Gutachten mit nur 4 Seiten plötzlich sehr brüchig.

Wie wurden beispielsweise die hohen Maskingwerte aus dem CAT-Q Ergebnis berücksichtigt?

Welches Gewicht erhielt die fast dreißigjährige Werkbindung?

Wie wurde die positive Einschätzung, die fachliche Stellungnahme der langjährigen psychotherapeutischen Bezugsperson überhaupt eingeordnet?

Wie wurden fehlende frühkindliche Dokumente behandelt?

Und welche Evidenz sprach konkret gegen repetitive und eingeschränkte Interessen?

Der Befund beantwortete diese Fragen nicht in einer Weise, die eine externe Prüfung der Gewichtung erlaubte.

Das bedeutet nicht, dass intern keine Gewichtung stattgefunden hätte. Die Ambulanz besaß offenbar eine Regel oder zumindest eine klinische Praxis, nach der sie die widersprüchlichen Daten ordnete.

Diese Regel blieb jedoch verborgen, was spätestens dann problematisch wird, wenn danach gefragt wird, worauf Patient:innen ein Recht haben.

Man mag erläutern, dass das klinische Praxis ist. Aber hier war ein in der Autismusforschung aktiver Patient, der öffentlich angekündigt hatte, das Diagnoseverfahren der Ambulanz im Anschluss in einer weiteren Studie zu analysieren. Die Ambulanz wusste, dass der Autor über die Kompetenz verfügte die von der Klinik benutzte Gewichtung in allen Aspekten zu zerlegen. Daraus hätte aus wissenschaftlicher

Sicht eine weitere sehr umfangreiche Evidenz extrahiert werden können. Die Ambulanz entschied sich zur Evidenzverschleierung.

Darüber hinaus konnte die Gesamtschau in keinem Fall in einem Gutachten als Referenz gelten, wenn die Gewichtungsfrage auf Nachfrage nicht im konkreten Fall erläutert werden konnte. Das verstieß gegen fundamentale ethische und wissenschaftliche Grundregeln zum Verhindern von Zirkularität.

Ein klinisches Gutachten ist kein Konsumprodukt, bei dem die Firma die Mängel durch Werbung verschleiern kann. Das Verfahren muss voll und ganz überprüfbar und nachvollziehbar sein, was sich gerade dann als Problem erwies, als Bausteine der Gesamtschau kollabierten.

Die Frage von ICD-10 oder ICD-11 veränderte gerade die Gewichtungen massiv.

Unter ICD-10 war die gleichzeitige Diagnose von ADHS (hyperkinetische Störung) und Asperger-Syndrom im ursprünglichen WHO-System nicht vorgesehen. Das führte über Jahre dazu, dass Kliniken oft entscheiden mussten, was nun vorliegt. ICD-10 entstand aus einer Zeit, in der Autismus wesentlich stärker über **beobachtbares Verhalten** definiert wurde.

Seit etwa 2015–2025 hat sich international immer stärker durchgesetzt:

- Masking,
- Camouflaging,
- Kompensation,
- Monotropismus,
- Double Empathy

sind zentrale Bestandteile des Verständnisses erwachsener Autist:innen.

Der eigentliche Flaschenhals schien hier zu sein: ICD-10 + klassische deutsche Theory-of-Mind-orientierte Diagnostik + starke Gewichtung aktueller sozialer Beobachtung + geringe Berücksichtigung von Masking und AuDHD. ICD-11 hätte das deutlich entschärft.

Gesamtschau als Autoritätsreserve

Im Rückmeldegespräch erhielt der Begriff der Gesamtschau eine besondere Funktion. Wenn der Autor einzelne Bewertungen bestritt, verwiesen die Diagnostikerinnen nach seiner Dokumentation immer wieder auf das Gesamtbild.

Der Autor bestritt, dass kein Spezialinteresse vorliege.

Die Antwort war die Gesamtschau.

Er bestritt, dass seine soziale Funktionsweise durch die kurze Interaktion angemessen erfasst worden sei.

Die Antwort war die Gesamtschau.

Er verwies auf hohe Screeningwerte, Masking, Langzeitevidenz und die Grenzen des ADOS.

Die Entscheidung blieb aufgrund der Gesamtschau bestehen.

Je stärker einzelne Bestandteile des Urteils angegriffen wurden, desto mehr verlagerte sich die Begründung auf eine Ebene oberhalb dieser Bestandteile.

Dadurch wurde die Gesamtschau zu einer **Autoritätsreserve**.

Sie konnte dort eingesetzt werden, wo kein einzelner Befund das Urteil eindeutig trug. Das ist nicht automatisch illegitim. Gerade bei komplexen Fällen kann das Gesamtbild aussagekräftiger sein als einzelne Ergebnisse.

Problematisch wird dies jedoch, wenn das Gesamtbild auch dann unverändert bestehen bleibt, nachdem zentrale Bestandteile seines Zustandekommens bestritten wurden.

Eine Gesamtschau muss von ihren Teilen abhängen.

Wenn sie unabhängig davon fortbesteht, ob einzelne Teile falsch verstanden, unzureichend erhoben, wissenschaftlich veraltet oder methodisch begrenzt waren, wird sie zu einer selbstständigen Behauptung.

Sie wird zu Gatekeeping.

Und Gatekeeping darf unter keinen Umständen Hilfe für die Betroffenen abwehren.

Das Ganze ohne seine Teile

Die Formel „Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile“ kann diagnostisch sinnvoll sein. Eine klinische Gestalt entsteht aus Beziehungen zwischen Daten, nicht nur aus deren isolierter Betrachtung.

Aber das Ganze kann nicht ohne seine Teile existieren.

Wenn die Ambulanz ein fehlendes Spezialinteresse annahm, musste diese Annahme einen identifizierbaren Beitrag zum Gesamturteil leisten. Aber welchen? Wenn sie soziale Auffälligkeiten als nicht ausreichend einstufte, musste auch dies begründet sein. Aber wie? Wenn frühkindliche Daten fehlten, musste gezeigt werden, welche diagnostische Unsicherheit daraus entstand und auch welche Daten konkret fehlten.

Gab es ein Sandkastenerlebnis zu wenig, oder warum reichte die Aussage nicht aus, der Autor wurde immerzu als kleiner Philosoph bezeichnet und damit erniedrigt. Wie oft muss ein Kind in der Kindheit verprügelt werden, um als Autist zu gelten?

Welche Annahmen wurden vorausgesetzt?

Wird eine dieser Annahmen korrigiert, muss sich die Gesamtschau verändern können.

Andernfalls wird sie unfalsifizierbar.

Das Urteil war bereits geschlossen.

Die Gesamtschau bezeichnete damit nicht mehr nur die Entstehung des Befunds. Sie schützte den fertiggestellten Befund vor nachträglicher Öffnung. Sie schützte die Institution vor jeder Kritik.

Die fehlende Evidenzarchitektur

Eine nachvollziehbare Gesamtschau müsste zumindest in Grundzügen ihre Evidenzarchitektur offenlegen.

Beispielsweise:

Diagnostischer Bereich	Evidenz dafür	Evidenz dagegen	Begrenzungen	Gewichtung
Soziale Kommunikation	Langjährige Missverständnisse, soziale Erschöpfung, hohe AQ-/SRS-Werte	situativ gute Reziprozität im Gespräch, niedriger ADOS-Bereich	Masking, hohe Sprachkompetenz, künstliches Setting	begründetes Gesamturteil
Repetitive Interessen und Bindungen	dreißigjährige Werkbindung, hohe Intensität, schwere Unterbrechbarkeit, regulatorische Funktion	Thema kulturell gewöhnlich, wenig sichtbare stereotype Verhaltensweisen	Werkmaterial nur teilweise geprüft	begründetes Gesamturteil
Entwicklungsbeginn	einzelne Kindheitserinnerungen und langfristige Kontinuität	fehlende umfassende frühe Fremdanamnese	Alter der Person, fehlende Quellen	verbleibende Unsicherheit
Alternativerklärungen	ADHS, Erschöpfung, soziale Vermeidung, Persönlichkeitszüge	fehlendes geschlossenes Gegenmodell	Überschneidungen und mögliche Sekundärfolgen	begründetes Gesamturteil

Eine solche Matrix müsste nicht mechanisch über die Diagnose entscheiden. Sie würde aber sichtbar machen, welche Daten tatsächlich in das Urteil eingingen und welche Unsicherheiten verblieben.

Im vorliegenden Bericht existierte keine solche Darstellung. Es gab zwar ähnlich strukturierte Notizen, aber keine konkrete Ausführung, die auf Missverständnisse ausreichend überprüfbar gewesen wäre.

Stattdessen wurden Verfahren beschrieben, Werte genannt und anschließend ein Gesamturteil formuliert.

Der Übergang zwischen beidem blieb die Blackbox.

Die Selektivität der behaupteten Integration

Die Ambulanz erklärte, die Beurteilung basiere auf der Integration **aller erhobenen Informationen**.

Diese Formulierung wirft im konkreten Fall eine zusätzliche Frage auf: Was galt überhaupt als „erhobene Information“?

Es erscheint unglaubwürdig, dass man die rund 1000 Seiten an vorgelegten Daten tatsächlich erhob.

Gehörten dazu nur die von der Ambulanz selbst erhobenen Interviews, Tests und Fremdanamnesen?

Oder auch die vorgelegten Bücher, Papers, der Film, die wissenschaftliche Stellungnahme, frühere Screeningwerte und die umfangreichen biografischen Dokumente?

Die Materialien waren eingereicht worden. Damit waren sie im weiteren Sinn Teil der verfügbaren Datenlage. Ob sie auch Teil der diagnostischen Gesamtschau wurden, blieb unklar.

RAADS-R und weitere wurden im Gutachten nicht erwähnt. Sie hätten auch das Gewicht massiv verschoben. Die Ambulanz kann entscheiden Vorabscreenings zu ignorieren, was angesichts der damit verbundenen Datendichte fragwürdig ist. Sie sollte diese aber nicht einfach nicht erwähnen.

Hier zeigt sich ein wichtiger Unterschied zwischen vorliegender, zur Kenntnis genommener, geprüfter und gewichteter Evidenz.

Ein Dokument kann physisch in der Ambulanz liegen, ohne gelesen zu werden. Es kann überflogen werden, ohne inhaltlich geprüft zu sein. Es kann gelesen werden, ohne in der Fallkonferenz erwähnt zu werden. Es kann erwähnt werden, aber kein erkennbares Gewicht erhalten.

Die Aussage, alle Informationen seien integriert worden, sagt daher wenig, solange nicht geklärt wird, welche Stufe der Verarbeitung tatsächlich erreicht wurde. Gerade bei ungewöhnlich umfangreicher Langzeitevidenz hätte die Ambulanz offenlegen müssen, welche Materialien sie nicht oder nur ausschnittsweise berücksichtigen konnte.

Ohne diese Offenlegung entsteht der Eindruck einer Vollständigkeit, die das Verfahren offenbar nicht leisten konnte.

Hat man darüber hinaus ein politisches Motiv und eine Ressourcenknappheit in einer Ambulanz, kann die Gesamtschau auf diese Weise schlicht bedeuten, man habe das Raster, den Filter so stark reduziert, dass wie bei der Humboldt, nur rund 30 % der antretenden Patient:innen auch eine Autismusdiagnose erhielten.

Die Gesamtschau als Ressourcenübersetzung

Damit wird sichtbar, dass die Gesamtschau nicht nur eine fachliche, sondern auch eine organisatorische Funktion besaß.

Die Ambulanz musste eine sehr große Menge heterogener Informationen innerhalb begrenzter Zeit und begrenzter Ressourcen in eine Entscheidung übersetzen. Die Fallkonferenz konnte nicht das gesamte Leben des Autors rekonstruieren. Sie benötigte eine handhabbare Fallgestalt.

Das ist institutionell unvermeidbar. Aber es ist wissenschaftlich und ethisch zweifelhaft.

Denn diese Handhabbarkeit verändert, was als diagnostische Realität erscheinen kann.

Material, das leicht kodierbar ist, besitzt einen Vorteil:

- Testwerte;
- kurze Interviewaussagen;
- beobachtbares Verhalten;
- standardisierte Kategorien;
- knappe Fremdanamnesen.

Material, das eine längere Auseinandersetzung verlangt, besitzt einen Nachteil:

- ein über Jahrzehnte entstandenes Werk;
- komplexe autobiografische Zusammenhänge;
- eigene theoretische Modelle;
- widersprüchliche institutionelle Erfahrungen;
- die funktionale Bedeutung einer Tätigkeit über lange Zeit;

- und die Kosten erlernter Kompensation.

Die Gesamtschau ist deshalb nicht neutral gegenüber der Form der Evidenz. Sie bevorzugt, was das Verfahren aufnehmen kann.

Das bedeutet:

> Die institutionelle Integrationsfähigkeit bestimmt mit, welche Wirklichkeit in das Gesamtbild eingehen kann.

Wird diese Selektivität nicht kenntlich gemacht, erscheint das Ergebnis als vollständige Beurteilung des Menschen, obwohl es auch eine Abbildung der Ressourcenstruktur der Ambulanz ist.

Gerade eine Gesamtschau kann somit als reine Komplexitätsreduktion verzerren.

Von der Ressourcenbegrenzung zur Wahrheit

Hier liegt der Übergang zur späteren ethischen Problematik.

Eine Ambulanz kann aufgrund begrenzter Ressourcen nicht jede denkbare Evidenz erheben oder prüfen. Sie darf ein Verfahren abschließen, obwohl Restunsicherheiten bestehen.

Sie muss jedoch zwischen zwei Aussagen unterscheiden:

> „Wir konnten diese Daten innerhalb unseres Verfahrens nicht hinreichend integrieren."

und:

> „Diese Daten ergeben kein autistisches Gesamtbild."

Die erste Aussage benennt eine Grenze der Institution. Die zweite beschreibt eine Eigenschaft der untersuchten Person.

Wenn der Übergang zwischen beiden nicht transparent wird, kann Ressourcenknappheit in diagnostische Wahrheit übersetzt werden.

Das Verfahren kann nur eine begrenzte Wirklichkeit verarbeiten. Der Befund erklärt anschließend diese verarbeitete Wirklichkeit zum Gesamtbild.

Genau dadurch wird die Gesamtschau zur epistemischen Blackbox: In ihrem Inneren verschwinden nicht nur Daten, sondern auch die Grenze zwischen dem, was nicht vorlag, dem, was nicht geprüft wurde, dem, was nicht verstanden wurde, und dem, was tatsächlich gegen die Diagnose sprach.

Die zentrale Frage ist hier, ob ein solcher Befund überhaupt wissenschaftlich tragfähig ist. Ob er den Eindruck erwecken darf, eine Wahrheit darzustellen. Denn hier wird nicht Neuland erforscht, bei dem man Fehler machen kann. Sondern hier wird bewusst Beweislast aus einem Verfahren ausgeschlossen, um versimplifizierte amtliche Dokumente zu erzeugen, möglichst billig, die später als Beweis in Gerichtsverfahren Anwendung finden.

Ja, dann müsste man die Frage stellen, ob Autismus-Diagnostik überhaupt realistisch unter diesen Bedingungen möglich ist. Wenn das nicht der Fall ist, was diese Untersuchung

beleuchtet, dann hat das politische und juristische Konsequenzen, die öffentlich geäußert werden müssen.

Dann ist eine solche Ambulanz möglicherweise zu schließen.

Sie wäre dann eine größere Gefahr als Nutzen.

Sicherlich, manche Autist:innen könnte sie erkennen, ähnlich viele könnte sie übersehen. Das ist kein hinnehmbares Risiko.

Das Alternativmodell als notwendiger Teil der Gesamtschau

Eine negative Diagnose benötigt mehr als die Feststellung, dass Kriterien nicht ausreichend erfüllt seien, wenn gleichzeitig ein erheblicher und über Jahre stabiler Erklärungsbedarf besteht.

Die Gesamtschau müsste dann nicht nur die abgelehnte Hypothese zerlegen. Sie müsste ein alternatives Modell entwickeln, das die vorhandenen Daten mindestens ebenso gut verbindet.

Im vorliegenden Befund wurden ADHS, Dysthymie und narzisstische Persönlichkeitszüge genannt. Die erhöhten autismusbezogenen Werte wurden mit anderen psychischen Belastungen und Persönlichkeitsmerkmalen in Verbindung gebracht.

Doch es blieb unklar, wie diese Kategorien gemeinsam folgende Struktur erklärten:

- fast drei Jahrzehnte dauernde Werkbindung;
- annähernd vollzeitige Arbeit trotz fehlender Entlohnung;
- geringe Fähigkeit, andere Arbeitsformen aufrechtzuerhalten;
- massive Probleme mit Übergängen und Unterbrechungen;
- soziale Funktionsprobleme trotz situativer Sprachkompetenz;
- hohe Maskingwerte;
- wiederkehrende Erschöpfung und Dekompensation;
- sowie die Konvergenz mehrerer autismusbezogener Instrumente.

Ein Alternativmodell darf die Phänomene nicht nur auf verschiedene Diagnosen verteilen.

Es muss ihre Verbindung erklären.

Ohne ein solches Gegenmodell bleibt die Gesamtschau negativ: Sie sagt, warum die Autismus-Hypothese nicht akzeptiert wurde, aber nicht, welche Struktur das Leben des Autors stattdessen zusammenhält.

Das ist dann besonders fatal, wenn dies an der Spitze der institutionellen Diagnostik passiert und dann keine adäquate Alternative mehr vorliegt, zu der man gehen könnte, um abzuklären, was denn sonst noch dieses Profil erklären könnte. Das würde unter diesen Voraussetzungen der Ressourcenreduktion zu einer Kette von kalkulierten Fehldiagnosen führen.

Etwas wovon viele Autist:innen berichten.

Eine Hierarchie der Erklärungsbedürftigkeit

Im Verfahren schien für unterschiedliche Hypothesen eine unterschiedliche Begründungslast zu gelten.

Die Autismus-Hypothese musste ein vollständiges, früh beginnendes und in den Kernbereichen deutlich belegtes Muster zeigen.

Die alternativen Kategorien konnten dagegen einzelne Bereiche erfassen:

ADHS erklärte Aufmerksamkeit und Organisation.

Dysthymie erklärte Erschöpfung und depressive Belastung.

Soziale Angst erklärte Vermeidung.

Narzisstische Persönlichkeitszüge erklärten Selbstbezug, Anerkennungswunsch und möglicherweise hohe Selbsteinschätzungswerte.

Dadurch wurde die Autismus-Hypothese als Gesamtmodell geprüft, während die Alternativen als Teilmodelle zugelassen wurden.

Die Gesamtschau hätte jedoch beide Seiten symmetrisch behandeln müssen.

Wenn Autismus verworfen wird, weil es die Daten nicht vollständig integriert, muss das Alternativmodell zeigen, dass es diese Daten besser integriert. Andernfalls entsteht eine asymmetrische Prüfung:

Das verworfene Modell muss alles erklären.

Die akzeptierten Modelle müssen jeweils nur etwas erklären.

Diese Asymmetrie ist ein wesentlicher Teil der Blackbox.

Sie ist wissenschaftlich unredlich.

Unsicherheit darf nicht im Gesamturteil verschwinden

Komplexe Erwachsenendiagnostik produziert nicht immer eindeutige Ergebnisse. Es kann Fälle geben, in denen wesentliche Merkmale vorliegen, die Entwicklungsanamnese aber lückenhaft ist. Es können hohe Screeningwerte und zugleich unauffällige klinische Beobachtungen bestehen. Masking kann plausibel, aber schwer objektivierbar sein. Komorbiditäten können das Bild überlagern.

In solchen Fällen ist Unsicherheit kein Versagen. Sie ist ein wissenschaftlich legitimes Ergebnis.

Mögliche Formulierungen wären:

- Autismus konnte nicht mit ausreichender Sicherheit bestätigt werden.
- Autismus kann aufgrund der widersprüchlichen Datenlage nicht sicher ausgeschlossen werden.
- Die Beurteilbarkeit ist wegen fehlender Entwicklungsdaten und starker Kompensation eingeschränkt.
- Eine unabhängige Zweitdiagnostik wird empfohlen.
- Es bestehen autistische Merkmale mit klinisch relevanter Beeinträchtigung, ohne dass die formalen Kriterien abschließend bestätigt werden konnten.

Besonders brisant ist dies, weil Prof. Dziobek im zuvor erwähnten Vortrag erklärte, man würde in unklaren Fällen weitere Untersuchungen vornehmen, also weitere Termine veranlassen. Warum wurde das hier nicht gemacht? Nun, man hatte möglicherweise ein Interesse, den Autor möglichst rasch loszuwerden. Das kann als Motiv natürlich nicht bewiesen werden, aber es steht als Verdacht im Raum. Jedenfalls widerspricht der hier dokumentierte interne Umgang mit einem schwierigen Fall nicht nur der externen und öffentlichen Darstellung durch Prof. Dziobek, die einen sensiblen Umgang mit schwierigen Fällen darlegte, sondern zeigt das genaue Gegenteil.

Man verurteilte den Autor geradezu zum Nicht-Autisten. Widerspruch zwecklos.

Der vorliegende Befund entschied sich für eine klare negative Gesamtaussage. Die Befunde sprächen insgesamt gegen Autismus. Aber auf welcher Grundlage? Das Material des Autors wurde nicht widerlegt. Anhang 1 wurde nicht widerlegt. Noch schlimmer: Es wurde mit keinem Wort erwähnt.

Gerade angesichts der dokumentierten Widersprüche hätte diese Eindeutigkeit selbst begründet werden müssen.

Die Gesamtschau darf Unsicherheit integrieren.

Sie darf sie nicht lediglich vernichten.

Die Blackbox schützt nicht nur das Urteil

Die fehlende Transparenz schützt zugleich die Institution vor einer präzisen Kritik.

Das sieht man auch an dem hier erforderlichen Aufwand.

Solange nicht bekannt ist, welche Daten wie gewichtet wurden, kann ein Einwand leicht an der Entscheidung vorbeigehen. Wird der ADOS kritisiert, kann die Ambulanz erklären, die Diagnose habe nicht auf dem ADOS allein beruht.

Werden die Interviews kritisiert, kann auf Fragebögen und Fremdanamnesen verwiesen werden. Werden die hohen Fragebogenwerte genannt, kann auf klinische Beobachtung und Gesamtschau verwiesen werden. Wird die Werkbindung angeführt, kann erklärt werden, einzelne Interessen reichten nicht aus.

Jede Datenquelle kann als nicht allein entscheidend relativiert werden. Die Entscheidung liegt angeblich in ihrer Verbindung.

Gerade diese Verbindung bleibt jedoch unsichtbar. Auf Aufforderung konnte die Ambulanz nicht liefern.

Damit wird die Kritik in eine eigentümliche Lage gebracht: Sie kann jeden sichtbaren Baustein prüfen, aber nicht jene interne Operation, die aus den Bausteinen das Urteil erzeugte. Die Gesamtschau wird dadurch nicht nur zur Erkenntnis-, sondern auch zur Verantwortungsblackbox.

Da diese Praxis nicht nur bei der Humboldt, sondern überall auf der Welt bei Autismus-Diagnostiken zur Anwendung kommt, entsteht hier eine massive Frage nach den darin liegenden Gefahren einer unwissenschaftlichen Verzerrung des Gesamtbildes dessen was klinisch als Autismus gilt und was nicht.

Angesichts der Debatten über Überdiagnostik und Unterdiagnostik, zeigt diese Praxis hohe Relevanz für die wissenschaftliche Fragestellung und schreit nach dringend erforderlicher Untersuchung.

Wissenschaftliche Autorität ohne Replizierbarkeit

Eine wissenschaftlich orientierte Diagnostik muss nicht im engen experimentellen Sinn replizierbar sein. Klinische Urteile enthalten Erfahrung, situative Einschätzung und nicht vollständig formalisierbare Mustererkennung.

Dennoch muss ein unabhängiges fachkundiges Team anhand der dokumentierten Daten zumindest nachvollziehen können, weshalb das Urteil zustande kam.

Im vorliegenden Fall wäre eine zentrale Frage:

> Würde ein anderes spezialisiertes Team mit denselben Interviews, Fragebögen, Fremdanamnesen, Werkmaterialien und biografischen Daten erkennen können, wie die Humboldt zu ihrem Ausschluss gelangte?

Der Befund liefert dafür zu wenig Information.

Er benennt die eingesetzten Verfahren und das Ergebnis. Er dokumentiert aber nicht ausreichend, welche konkreten Beobachtungen den Ausschluss trugen und wie widersprechende Evidenz überwunden wurde.

Damit ist das Urteil institutionell autorisiert, aber nur begrenzt epistemisch rekonstruierbar.

Die Fachlichkeit befindet sich in der Blackbox und wird durch den Namen der Institution beglaubigt.

Die diagnostische Evidenzmatrix

Aus diesem Fall lässt sich eine konkrete Reformforderung ableiten: Bei komplexen und widersprüchlichen Erwachsenendiagnostiken sollte eine **diagnostische Evidenzmatrix** Teil des Befunds oder zumindest der internen Dokumentation sein.

Sie müsste für jeden Kernbereich ausweisen:

1. Welche Evidenz spricht dafür?
2. Welche Evidenz spricht dagegen?
3. Aus welcher Quelle stammt sie?
4. Welche methodischen Begrenzungen besitzt die Quelle?
5. Welche Alternativerklärung wurde geprüft?
6. Wie wurde der Widerspruch gewichtet?
7. Welche Unsicherheit verbleibt?
8. Welche zusätzlichen Daten wären für eine sicherere Entscheidung erforderlich?

Eine solche Matrix würde klinisches Urteil nicht durch Mathematik ersetzen. Sie würde aber die Übergänge sichtbar machen, an denen fachliche Interpretation stattfindet.

Sie würde zudem verhindern, dass „Gesamtschau“ als bloße Schlussformel verwendet wird.

Je komplexer und folgenreicher das Urteil ist, desto höher muss die Begründungstiefe sein.

Die Gesamtschau als ethischer Ort

Die Gesamtschau ist nicht nur ein methodischer, sondern ein ethischer Ort.

In ihr wird entschieden, welche Erfahrungen als Teil eines legitimen Musters anerkannt werden. Dort wird bestimmt, ob Erschöpfung als Depression, soziale Vermeidung als Angst, intensive Werkbindung als Beruf oder Spezialinteresse und beharrliche Selbstvertretung als fachliche Kompetenz oder narzisstische Selbstüberhöhung gelesen wird.

Die Gesamtschau ordnet nicht nur Symptome.

Sie ordnet die Person moralisch und sozial.

Diese Wirkung wird besonders stark, wenn das Ergebnis später von Gerichten, Behörden und weiteren Behandler:innen verwendet wird. Die interne klinische Interpretation verlässt dann den diagnostischen Raum und wird Teil einer institutionellen Wirklichkeit.

Der Befund macht aus einer nicht transparenten Gewichtung eine öffentlich wirksame Personenbeschreibung.

Genau deshalb darf die Gesamtschau nicht als geschützter Bereich professioneller Intuition behandelt werden.

Die Gesamtschau wurde im untersuchten Verfahren als höchste Form klinischer Erkenntnis dargestellt. Sie sollte die Begrenzungen einzelner Verfahren ausgleichen und aus widersprüchlichen Daten ein fundiertes Urteil erzeugen.

Doch gerade weil sie diese Funktion beanspruchte, hätte sie besonders transparent sein müssen.

Stattdessen blieb unklar:

- welche Materialien tatsächlich einbezogen wurden;
- welche Daten entscheidend waren;
- welche Gewichtungsregel galt;
- wie Widersprüche aufgelöst wurden;
- welches Alternativmodell die Gesamtbiografie trug;
- und weshalb die verbleibende Unsicherheit einen eindeutigen Ausschluss erlaubte.

Die Gesamtschau war damit nicht leer. Es hat intern einen Prozess gegeben. Diagnostikerinnen haben gesprochen, Material bewertet und eine Entscheidung getroffen.

Aber dieser Prozess war von außen nicht prüfbar und für den Patienten selbst kaum zugänglich.

Die Blackbox bezeichnet deshalb nicht das Fehlen einer Entscheidung. Sie bezeichnet das Fehlen eines nachvollziehbaren Übergangs von der Evidenz zur Entscheidung.

Das ist deswegen ein Problem, weil eine Autismusdiagnose keine Beiläufigkeit ist, sondern über das ganze Leben entscheidet. Es darf dort keine Unstimmigkeiten geben, oder die Betroffenen werden ein ganzes Leben weiter nach Antworten forschen. Das unter extremem Leid.

Hier besteht nicht nur eine Diagnosepflicht, sondern auch die Pflicht zu Wahrheit. Kann man diese nicht gewährleisten, sollte man auch nicht so tun als ob.

Das folgende Kapitel untersucht die vier Realitäten, die in diesem Übergang auseinanderfielen. Denn die klinische Gesamtschau war nicht die einzige mögliche Ordnung der Daten. Neben ihr bestanden die Lebensrealität des Autors, der wissenschaftliche Kenntnisstand und die angedeutete private Einschätzung der Diagnostikerin. Nur eine dieser Realitäten erhielt jedoch die Macht, zum offiziellen Befund zu werden.

12. Vier Realitäten und die Monopolisierung diagnostischer Wirklichkeit

Im Rückmeldegespräch trat ein Problem hervor, das über die Frage einzelner Testwerte oder Diagnosekriterien hinausging. Es bestanden nicht einfach unterschiedliche Meinungen über dieselben Daten. Vielmehr entstanden vier voneinander abweichende Wirklichkeiten, die jeweils auf einer anderen Form von Wissen beruhten und eine unterschiedliche institutionelle Wirksamkeit besaßen.

Diese vier Realitäten waren:

1. die Lebensrealität des Autors;
2. die wissenschaftliche Realität der Autismusforschung;
3. die private fachliche Realität der Diagnostikerin;
4. die klinisch-institutionelle Realität des Befunds.

Man muss immer wieder betonen, dass Autismus eine lebenslange Diagnose ist. Wenn der Autor diese über 53 Jahre nicht erhielt, als Folge im Leben massiv scheiterte (Lost Generation) und über Jahre auf Zugang zur Diagnostik wartete, sowie kaum Alternativen zur Humboldt bestanden, wird das, was die Humboldt an zwei Untersuchungstagen tat, zu einer Schicksalsentscheidung von erheblichem Ausmaß.

Die mangelnde Qualität des Verfahrens stand in einem extremen Missverhältnis zu dessen Auswirkung. Dass eine derartige Entscheidung durch Ressourcen einer Krankenkasse begrenzt werden kann, stellt massive ethische Bedenken in den Raum.

Die vier verschiedenen Realitäten ließen die Autorität der Ambulanz kollabieren. Sie ließ den Autor mit Chaos und Verwirrung zurück und lieferte keinerlei Antworten auf die jahrzehntelange Erfahrung. Noch schlimmer. Sie nahm ihm diese mit Gewalt.

Klinische Regelbindung und persönliche Verantwortung

Die Diagnostikerin verwies nach der Dokumentation sinngemäß darauf, sich an die klinischen Vorgaben halten zu müssen. Diese Regelbindung ist Teil professionellen Handelns. Fachpersonen können nicht beliebig von Kriterien abweichen, nur weil ihnen ein Fall außergewöhnlich erscheint.

Die Berufung auf Regeln hebt persönliche Verantwortung jedoch nicht auf.

Regeln werden interpretiert. Daten werden gewichtet. Unsicherheiten werden formuliert oder verschwiegen. Ein Bericht kann kategorisch oder vorsichtig geschrieben werden. Eine Zweitmeinung kann empfohlen oder nicht empfohlen werden. Eine Person kann nach einer konflikthaften Rückmeldung aufgefangen oder ohne tragfähige Nachsorge entlassen werden.

Auch innerhalb enger klinischer Vorgaben bestehen Handlungsspielräume.

Die Aussage „Die Regeln verlangen dieses Ergebnis“ kann daher nicht die gesamte Verantwortung tragen. Sie müsste zeigen, welche Regel welche konkrete Schlussfolgerung tatsächlich erforderte und welche alternativen professionellen Reaktionen möglich geblieben wären.

Im vorliegenden Fall blieb genau dies unklar.

Die Vorgaben erschienen als externe Notwendigkeit. Die Entscheidung wurde dadurch entpersonalisiert. Niemand schien vollständig Urheberin des Ergebnisses zu sein. Die Diagnostikerin hatte privat möglicherweise eine andere Sicht. Die Ambulanz folgte den Kriterien. Der Befund entstand aus der Gesamtschau. Die Klassifikation legte den Rahmen fest. Gerade in dieser Verteilung kann Verantwortung verschwinden.

Verantwortungsdiffusion zwischen den Realitäten

Die vier Realitäten erzeugten eine Struktur der Verantwortungsdiffusion.

Die Wissenschaft konnte sagen:

> Wir wissen nicht genau was Autismus ist; Diagnosen müssen klinisch erfolgen.

Die Klinik konnte sagen:

> Wir halten uns an die vorhandenen Kriterien und Verfahren.

Die Diagnostikerin konnte sagen:

> Privat sehe ich manche Dinge möglicherweise anders, aber klinisch bin ich gebunden.

Die Institution konnte sagen:

> Das Ergebnis ist eine fachliche Entscheidung des Teams.

Spätere Behörden konnten sagen:

> Wir verlassen uns auf den universitären Befund.

Jede Ebene verwies auf eine andere. Am Ende besaß der Autor einen wirksamen negativen Befund, ohne dass eine einzelne Ebene die volle Verantwortung für dessen Reichweite übernehmen musste.

Die Wissenschaft verantwortete nicht den Einzelfall. Die einzelne Diagnostikerin verantwortete nicht das System. Die Institution verantwortete nicht die rechtliche Nutzung. Die Behörde verantwortete nicht die Diagnose. Der Patient trug dennoch die gesamten Folgen.

Die epistemische Last wird nach unten verlagert

Die widersprüchlichen Realitäten wurden nicht institutionell gelöst. Ihre Spannung wurde auf den Autor übertragen.

Er musste gleichzeitig verarbeiten:

- dass seine Lebensrealität für ihn weiterhin autistisch erklärbar blieb;
- dass wissenschaftliche Forschung die Möglichkeit eines falsch-negativen Ergebnisses zuließ;
- dass die Diagnostikerin privat möglicherweise anders dachte;
- und dass der offizielle Befund Autismus dennoch ausschloss.

Die Institution konnte diese Widersprüche in getrennten Sätzen halten. Der Autor musste sie in einem einzigen Selbstbild zusammenbringen. Damit verlagerte sich die epistemische Last nach unten. Zum schwächsten Punkt.

Der Autor musste letztlich selbst entscheiden, ob er:

- der eigenen Lebenswahrnehmung;
- der wissenschaftlichen Literatur;
- den angedeuteten Zweifeln der Diagnostikerin;
- oder dem offiziellen Befund

vertrauen sollte.

Genau diese Situation kann zu einer tiefen Destabilisierung führen. Die Person verliert nicht notwendig die Fähigkeit zu denken. Sie verliert die Sicherheit darüber, welche Erkenntnisquelle sie noch als legitim behandeln darf.

Die Humboldt entzog sich in eigenem Selbstschutz komplett jeder Verantwortung für die eigene Fehlbarkeit, die offensichtlich mit einem extrem hohen Risiko vorlag.

Diese Hierarchie kann als **institutionelle Wirklichkeitsprivilegierung** bezeichnet werden.

Sie wird zur Form epistemischer Gewalt, wenn eine Institution ihre begrenzte Perspektive nicht lediglich verwendet, sondern konkurrierende Wirklichkeiten so weit delegitimiert, dass die betroffene Person ihrer eigenen Erfahrung kaum noch vertrauen kann.

Epistemische Gewalt bedeutet hier nicht, dass jede abweichende Diagnose bereits Gewalt wäre. Fachliche Widersprüche sind unvermeidbar.

Sie entsteht dort, wo:

- die institutionelle Perspektive ihre eigenen Grenzen nicht offenlegt;
- die Perspektive der betroffenen Person systematisch entwertet wird;
- das offizielle Urteil weitreichende Folgen besitzt;
- und keine reale Möglichkeit besteht, die konkurrierenden Wissensformen in ein überprüfbares Verhältnis zu bringen.

Die Frage lautet daher nicht nur:

> Welche Realität war richtig?

Sie lautet:

> Welche Realität durfte Fehler machen, ohne ihre Autorität zu verlieren?

Der Autor konnte sich irren und dadurch als uneinsichtig, grandios oder diagnostisch beeinflusst gelten. Die Ambulanz konnte sich irren und behielt dennoch die institutionelle Deutungsmacht.

Sie war somit befugt sich weiterhin zu irren, sprich diese Irrtümer in Kauf zu nehmen, samt der damit verbundenen Gesundheitsschäden bei den davon Betroffenen.

Die klinische Realität ist nicht die ganze Realität

Die wichtigste theoretische Konsequenz dieses Kapitels lautet:

> Ein klinischer Befund ist eine institutionell erzeugte Realität, nicht die vollständige Realität der untersuchten Person.

Das bedeutet nicht, dass Diagnosen beliebig oder bloß sozial konstruiert wären. Sie beruhen auf realen Merkmalen, Leiden, Beobachtungen und wissenschaftlichen Kriterien.

Doch der Befund entsteht in einem Verfahren:

- mit begrenzter Zeit;
- begrenzten Instrumenten;
- begrenzter Evidenzaufnahme;
- bestimmten Theorien;
- institutionellen Interessen;
- und konkreten Kommunikationsbedingungen.

Die klinische Realität ist daher weder irreal noch vollständig. Sie ist eine autorisierte Teilrealität. Gerade ihre Autorität verpflichtet sie dazu, die eigene Begrenztheit sichtbar zu halten.

Denn möglicherweise ist ihre Beschränktheit derart gravierend, dass eine seriöse Autismus-Diagnostik grundsätzlich in der realen Praxis nicht möglich ist. Das wäre der Offenbarungseid einer ganzen Industrie.

Die ethische Pflicht zur Übersetzung zwischen den Realitäten

Eine verantwortliche Diagnostik müsste versuchen, die vier Realitäten nicht gegeneinander auszuspielen, sondern zwischen ihnen zu übersetzen.

Sie müsste fragen:

Wie verhält sich die klinische Beobachtung zur langfristigen Lebensfunktion? Welche wissenschaftlichen Grenzen gelten für die verwendeten Instrumente? Wo besitzt die Fachperson Zweifel? Welche Aussagen können mit Sicherheit getroffen werden, welche nicht? Welche Teile des Erlebens bleiben auch bei negativem Ergebnis erklärungsbedürftig? Welche Unterstützung benötigt die Person unabhängig von der kategorialen Diagnose? Eine solche Übersetzung hätte im vorliegenden Fall

möglicherweise zu einem weiterhin negativen Ergebnis führen können. Sie hätte aber dessen Bedeutung verändert.

Statt:

> „Es liegt kein Autismus vor“

hätte die Aussage beispielsweise lauten können:

> „Die formalen Kriterien konnten im vorliegenden Verfahren trotz erheblicher autistischer Merkmale und widersprüchlicher Befunde nicht mit ausreichender Sicherheit bestätigt werden. Aufgrund von Masking, begrenzter Entwicklungsdaten und umfangreicher, nicht vollständig integrierbarer Langzeitevidenz kann Autismus jedoch nicht sicher ausgeschlossen werden.“

Ein solcher Befund hätte die klinische Entscheidung benannt, ohne die übrigen Realitäten zu vernichten. Er hätte Unsicherheit nicht als Schwäche, sondern als wissenschaftliche Redlichkeit behandelt.

Sie hätte aber gravierende politische Konsequenzen für die Gesundheitsversorgung. Sie würde Haftungsrisiken erkennbar machen und eine andere gerichtliche Behandlung von solchen Gutachten erzwingen.

Der Zugang zu Nachteilsausgleichen könnte dann nicht mehr vom Gutachten einer Ambulanz abhängen. Die Bedeutung der Ambulanz wäre in Frage gestellt.

José Medina (2013) betont, dass epistemische Ungerechtigkeit nicht allein durch individuelle Vorurteile entsteht, sondern durch soziale und institutionelle Gewohnheiten des Wahrnehmens, Zweifelns und Nichtwahrnehmens. Erkenntnis verlangt deshalb eine widerständige Sensibilität gegenüber den blinden Flecken der eigenen Position. Auf die Diagnostik übertragen bedeutet dies: Die klinische Perspektive darf ihre begrenzte Sichtbarkeit nicht mit der Gesamtheit der Wirklichkeit verwechseln. Gerade widersprechende Lebens-, Fremd- und Selbstevidenz müsste zum Anlass werden, die eigene diagnostische Wahrnehmungsordnung zu überprüfen.

Die Monopolisierung wird zur ethischen Frage

Die Monopolisierung diagnostischer Realität ist besonders folgenreich, weil der Zugang zur Diagnostik selbst extrem knapp war.

Der Autor konnte nicht einfach am folgenden Tag eine gleichwertige unabhängige Stelle aufsuchen. Das System hatte ihm nach Jahren und unter statistisch äußerst unwahrscheinlichen Bedingungen einen einzigen Zugang gewährt. Damit erhielt die eine Entscheidung eine fast monopolistische Stellung.

Die Ambulanz war nicht nur eine Stimme unter mehreren. Sie war die selten erreichte Instanz, deren negatives Urteil den weiteren Zugang zu Anerkennung und Rechten blockieren konnte.

Je knapper Alternativen sind, desto größer wird die ethische Pflicht zur Transparenz, Begrenzung und Korrekturmöglichkeit.

Ein potenziell fehlbares Urteil ist weniger gefährlich, wenn realistische Zweitmeinungen verfügbar sind. Es wird existenziell, wenn es praktisch das einzige Urteil bleibt.

Die Diagnostikerin hatte nach Erinnerung des Autors wiederholt eine abweichende private Sicht angedeutet. Der Befund erklärte dennoch, Autismus liege nicht vor.

Nur dieser letzte Satz wurde institutionell mobil. Die anderen Realitäten verschwanden nicht. Sie wurden lediglich unwirksam gemacht.

Das ist der Kern der Monopolisierung diagnostischer Wirklichkeit:

> Nicht die erkenntnisreichste Realität setzt sich notwendig durch, sondern diejenige, die institutionell unterschrieben werden kann.

Das folgende Kapitel wendet sich der zeitlichen Grundlage dieser Wirklichkeitsproduktion zu. Denn die klinische Realität beruhte wesentlich auf wenigen Stunden beobachtbaren Verhaltens, während die entgegenstehende Evidenz aus einem jahrzehntelangen Lebensverlauf stammte. Zu untersuchen ist daher, wie eine diagnostische Momentaufnahme den Vorrang vor der langfristigen Funktionsgeschichte eines erwachsenen Menschen erhalten konnte.

13. Das verschwundene Spezialinteresse

Kaum ein Teil des diagnostischen Ergebnisses war für den Autor so überraschend wie die Feststellung, es liege kein hinreichendes Spezialinteresse vor.

Zu untersuchen ist, **wie ein derart dominantes und langfristig dokumentiertes Lebensmuster innerhalb der Diagnostik verschwinden konnte.**

Es ging um ein Kernelement von Autismus.

Spezialinteresse ist keine Themenliste

Ein erstes Problem liegt möglicherweise in einer zu engen Vorstellung davon, wie ein autistisches Spezialinteresse auszusehen hat.

Im alltäglichen Bild werden Spezialinteressen häufig mit auffälligen, klar begrenzten und kulturell ungewöhnlichen Gegenständen verbunden: Fahrpläne, technische Systeme, historische Daten, Tierarten, Zahlen oder Sammlungen.

Solche Interessen können vorkommen. Sie definieren das Phänomen jedoch nicht.

Entscheidend ist nicht allein, **womit** sich eine Person beschäftigt.

Entscheidend ist, **wie** sie daran gebunden ist.

Ein autistisches Spezialinteresse kann daher nicht zuverlässig anhand des gesellschaftlichen Status seines Gegenstands erkannt werden. Kunst, Philosophie, Film, Psychologie oder Physik sind zunächst gewöhnliche kulturelle Felder. Sie können als Beruf, Studium oder Freizeitinteresse verfolgt werden.

Das schließt nicht aus, dass die Form der Bindung außergewöhnlich ist.

Relevant sind insbesondere:

- Intensität;
- Dauer;
- repetitive Rückkehr;
- zeitliche Dominanz;
- geringe Unterbrechbarkeit;
- Vorrang vor anderen Tätigkeiten;
- regulatorische Funktion;
- identitätsbildende Wirkung;
- und funktionale Kosten in anderen Lebensbereichen.

Der Gegenstand kann sozial anerkannt sein.

Die Bindungsarchitektur kann dennoch hoch ungewöhnlich sein.

Im Fall des Autors bestand die mögliche Besonderheit daher nicht schlicht darin, dass er Kunst und Forschung betrieb. Sie lag darin, dass diese Tätigkeit über nahezu drei Jahrzehnte den überwiegenden Teil seiner verfügbaren Energie, Aufmerksamkeit und Lebensorganisation band.

Auch hatte der Autor als Folge der Neurodivergenz nicht studieren können. Es war also kein gewöhnlicher beruflicher Werdegang, sondern der Autor befasste sich lebenslang mit einer Arbeit, die für ihn selbst auch dann zwingend und alternativlos war, wenn er dadurch verarmte. Diese Dringlichkeit zwang ihn ein Autodidakt zu werden.

Vom Spezialinteresse zum „Werk“

Die gesellschaftliche Anerkennbarkeit des Gegenstands kann seine diagnostische Lesbarkeit sogar vermindern.

Eine Person, die jahrzehntelang Zugnummern sammelt, erscheint schnell als ungewöhnlich fokussiert. Eine Person, die jahrzehntelang Bücher, Filme und Theorien produziert, erscheint dagegen zunächst als Autor, Künstler oder Forscher.

Das Verhalten wird beruflich oder kulturell lesbar.

Dadurch kann die zugrunde liegende Bindungsform unsichtbar werden.

Das Werk des Autors erhielt damit möglicherweise eine Art diagnostische Tarnung. Seine Ausdauer konnte als künstlerischer Ehrgeiz erscheinen. Die wiederkehrenden Themen konnten als Forschungsschwerpunkt gelesen werden. Die Unfähigkeit, von der Arbeit loszulassen, konnte als

Engagement gelten. Die Tatsache, dass nahezu das gesamte Leben darum organisiert war, konnte als bewusste Berufung verstanden werden. All diese Lesarten sind nicht völlig abwegig.

Sie erfassen aber möglicherweise nur die sozial akzeptierte Oberfläche.

Die entscheidende Frage wäre gewesen:

> Warum konnte der Autor diese eine Form von Arbeit über Jahrzehnte mit extremer Intensität fortsetzen, während andere Arbeits- und Lebensformen regelmäßig scheiterten?

Das Werk war nicht nur der Inhalt seiner Tätigkeit. Es war das System, innerhalb dessen Funktionsfähigkeit überhaupt möglich blieb. Sie war Voraussetzung seiner Existenz.

Erfolg und Status verdecken keine Bindungsstruktur

Ein Spezialinteresse verliert seinen diagnostischen Charakter nicht dadurch, dass daraus qualitativ anspruchsvolle oder öffentlich rezipierbare Arbeit entsteht. Andernfalls würden autistische Interessen gerade dann diagnostisch unsichtbar, wenn sie kulturell produktiv werden.

Ein Kind, das sich obsessiv mit einem Thema beschäftigt, wird möglicherweise als auffällig erkannt.

Ein Erwachsener, der aus derselben Bindungsform ein Werk, eine wissenschaftliche Laufbahn oder eine berufliche Nische entwickelt, erscheint dagegen lediglich hoch spezialisiert. Ähnliche Probleme sind in der Diagnose von Frauen und Mädchen bekannt. Ihre Spezialinteressen sind häufig nicht so exotisch.

Damit entsteht ein Entwicklungsparadox:

> Die erfolgreiche Verarbeitung eines Spezialinteresses in eine gesellschaftlich lesbare Tätigkeit kann dazu führen, dass seine autistische Struktur später nicht mehr erkannt wird.

Die Leistung ersetzt in der Wahrnehmung die Beeinträchtigung.

Doch beides kann gleichzeitig bestehen.

Ein Spezialinteresse kann:

- Wissen erzeugen;
- berufliche Kompetenz ermöglichen;
- ästhetische oder wissenschaftliche Beiträge hervorbringen;
- Selbstregulation sichern;
- und trotzdem andere Lebensbereiche verdrängen oder den Wechsel in gewöhnliche Arbeitsformen erschweren.

Produktivität widerlegt die Bindungsintensität nicht. Sie kann deren Ergebnis sein.

Die falsche Frage nach dem ungewöhnlichen Inhalt

Eine zu enge Diagnostik könnte implizit fragen:

> Ist der Gegenstand ungewöhnlich genug?

Die angemessenere Frage wäre:

> Ist das Verhältnis der Person zu diesem Gegenstand ungewöhnlich intensiv, dauerhaft und lebensbestimmend?

Im Fall des Autors war der Gegenstand zudem weniger breit, als Bezeichnungen wie „Kunst und Forschung“ zunächst vermuten lassen.

Das Werk bewegte sich zwar durch unterschiedliche Disziplinen und Medien. Es kehrte jedoch wiederholt zu bestimmten strukturellen Problemen zurück: Muster in Systemen, Differenzen von Weltbildung, institutionelle Strukturen, Wahrnehmung, Arbeit, Zeit, soziale Gewalt und die Übersetzung ähnlicher Formverhältnisse zwischen verschiedenen Bereichen.

Die thematische Oberfläche wechselte. Die zugrunde liegende Formfrage blieb stabil.

Diese domänenübergreifende Wiederkehr kann von außen wie große thematische Breite wirken. Morphologisch kann sie dagegen eine außergewöhnlich enge Bindung an ein einziges grundlegendes Strukturproblem darstellen.

Der Autor beschäftigte sich nicht wahllos mit vielen Themen. Er verfolgte ein Muster durch viele Themen hindurch.

Genau diese Form der Konzentration kann in einem gewöhnlichen Interview schwer erkennbar sein, wenn die Diagnostikerin vor allem nach einem klar benennbaren, isolierten Interessengebiet fragt.

Aber der Autor hatte immer wieder erfolglos versucht den Diagnostikerinnen genau das zu erklären.

Repetition auf einer höheren Ebene

Auch die Feststellung, es lägen keine hinreichenden repetitiven Verhaltensweisen vor, wirft eine ähnliche Frage auf.

Repetition muss nicht nur als unmittelbar sichtbare motorische oder alltägliche Wiederholung auftreten. Sie kann sich auch in der langfristigen Organisation von Aufmerksamkeit und Erkenntnis zeigen.

Im Werk des Autors bestanden wiederkehrende Operationen:

- dieselben strukturellen Fragen wurden in neue Domänen übertragen;
- gesellschaftliche, physikalische, psychologische und ästhetische Systeme wurden auf wiederkehrende Formverhältnisse untersucht;
- frühere Begriffe wurden erneut aufgenommen, verschoben und in neue Zusammenhänge integriert;
- Konflikte wurden dokumentiert und theoretisch rückgebunden;

- und das Werk erzeugte über Jahre eine rekursive Verweisstruktur.

Das bedeutet nicht, dass theoretische Wiederholung automatisch eine diagnostisch relevante repetitive Verhaltensweise darstellt. Es bedeutet jedoch, dass Repetition auf unterschiedlichen Ebenen vorkommen kann.

Ein Verfahren, das vor allem nach sichtbaren Routinen, Bewegungen oder eng umrissenen Tätigkeiten sucht, kann eine höhere strukturelle Repetition übersehen. Die Wiederholung lag möglicherweise nicht darin, jeden Tag exakt denselben Gegenstand zu betrachten. Sie lag darin, die Welt immer wieder durch dieselbe grundlegende Formfrage zu bearbeiten.

Das Werk des Autors ist genau dafür bekannt. Siehe dazu seinen umfangreichen Forschungskorpus.

https://zenodo.org/communities/operatoric-research-corpus-archive

Die biografische Totalität der Bindung

Ein gewöhnliches Interesse besitzt meist Grenzen.

Es wird nach Feierabend verfolgt, für andere Aufgaben unterbrochen oder bei veränderten Lebensbedingungen aufgegeben. Es kann bedeutsam sein, ohne die gesamte Lebensorganisation zu bestimmen.

Im Fall des Autors waren diese Grenzen erheblich schwächer.

Die Werkbindung überdauerte:

- Arbeitslosigkeit;
- Armut;
- fehlende institutionelle Anerkennung;
- geringe finanzielle Belohnung;
- gesundheitliche Krisen;
- familiäre Belastungen;
- juristische Konflikte;
- Bedrohung mit Obdachlosigkeit und staatlicher Sanktion
- und wiederholte gesellschaftliche Zurückweisung.

Die Tätigkeit wurde nicht aufgegeben, obwohl sie über lange Zeit kaum jene äußeren Belohnungen hervorbrachte, mit denen eine gewöhnliche berufliche Motivation erklärt werden könnte.

Gerade dies ist theoretisch relevant.

Eine Tätigkeit, die vor allem durch Karriere, Einkommen oder Anerkennung motiviert ist, müsste bei jahrzehntelangem Ausbleiben dieser Belohnungen zumindest erheblich an Bindung verlieren.

Das Werk blieb jedoch bestehen. 30 Jahre lang.

Es wurde selbst unter Bedingungen fortgeführt, unter denen es rational naheliegend gewesen wäre, die Energie auf andere Tätigkeiten zu verlagern.

Der Autor tat dies nicht.

Nach eigener Aussage konnte er es nicht.

„Er wollte nicht“ oder „er konnte nicht anders“?

Hier berührt die Spezialinteressenfrage unmittelbar die Bewertung der Erwerbsbiografie.

Von außen kann die Konzentration auf das eigene Werk als freie Priorität erscheinen:

> Der Autor wollte lieber an seiner Kunst und Forschung arbeiten, als andere Tätigkeiten auszuüben.

Aus seiner eigenen Darstellung ergab sich jedoch eine andere Struktur:

> Er konnte nur innerhalb dieser spezifischen Arbeit dauerhaft funktionieren; fremdstrukturierte Tätigkeiten führten zu Funktionsverlust, Überlastung oder Abbruch.

Der Unterschied zwischen **Wollen** und **Können** ist diagnostisch und sozialrechtlich entscheidend.

Wird die Werkbindung als bewusste Lebenswahl gelesen, erscheint die Erwerbslosigkeit als Folge falscher Prioritäten. Wird sie als hoch eingeengte Funktionsbedingung verstanden, kann dieselbe Biografie auf eine erhebliche Behinderung der flexiblen Arbeitsfähigkeit hinweisen.

Das Spezialinteresse wäre dann nicht nur eine bevorzugte Beschäftigung. Es wäre zugleich die Grenze dessen, woran Handlungsfähigkeit gebunden blieb.

Genau hier entzog die Ambulanz seinem Arbeitsfeld den ganzen Aspekt der darin liegenden massiven Behinderung.

Regulation statt bloßer Begeisterung

Der Autor erklärte wiederholt, dass die Arbeit ihm Energie gebe und dass sein Funktionsniveau sinke, wenn sie unterbrochen werde. Die Werkbindung besaß damit eine regulatorische Funktion.

Diese Funktion unterscheidet ein mögliches Spezialinteresse von bloßer Begeisterung.

Viele Menschen arbeiten gern an Dingen, die sie interessieren. Sie fühlen sich motivierter, wenn sie ihre Stärken einsetzen können.

Im vorliegenden Fall wurde jedoch eine stärkere Abhängigkeit beschrieben:

- Die Arbeit stabilisierte Konzentration und Denken.
- Sie bot einen geordneten Zusammenhang.
- Sie reduzierte die Belastung durch fremde Anforderungen.
- Sie hielt Handlungsfähigkeit aufrecht.
- Ihr Verlust führte nicht nur zu Langeweile, sondern zu erkennbarer Destabilisierung.

Das Interesse war damit möglicherweise nicht lediglich ein Objekt der Aufmerksamkeit.

Es war ein Regulationssystem.

Die Kosten des Interesses

Autistische Spezialinteressen werden häufig positiv beschrieben: als Quelle von Freude, Kompetenz, Identität und Selbstregulation.

Diese positive Funktion ist real.

Sie darf jedoch nicht von ihren möglichen Kosten getrennt werden.

Im Fall des Autors standen der intensiven Werkproduktion erhebliche Verluste gegenüber:

- kaum reguläre Erwerbsintegration;
- chronische Armut;
- fehlende soziale Absicherung;
- Schwierigkeiten, alternative Tätigkeiten aufrechtzuerhalten;
- Konflikte mit Institutionen;
- und eine extreme Abhängigkeit davon, die eigene Arbeit unter selbstbestimmten Bedingungen fortsetzen zu können.

Die Arbeit war Ressource und Einschränkung zugleich. Sie ermöglichte außergewöhnliche Produktivität. Sie verengte zugleich die Möglichkeiten, diese Produktivität in gewöhnlichen sozialen und wirtschaftlichen Strukturen einzusetzen. Genau diese Gleichzeitigkeit wäre diagnostisch aufschlussreich gewesen.

Ein Interesse, das ausschließlich Freude und beruflichen Erfolg erzeugt, besitzt einen anderen Stellenwert als eine Bindung, die zugleich das Überleben organisiert und andere Lebenswege praktisch blockiert.

27 Jahre weitgehende Erwerbslosigkeit bei gleichzeitig hoch disziplinierter Arbeit über Jahrzehnte konnten weder mit ADHS, sozialer Phobie, Dysthymie noch Narzissmus erklärt werden.

Hier wurde deutlich, dass ADHS das nicht erklären konnte, weil das Werk eben gerade nicht kurzweiliger Dopaminjagd mit Ablenkungstendenz folgte, sondern täglicher Routine und massivem Durchhaltevermögen, sowie stark von Details getragener Genauigkeit. Der Antrieb war nicht Dopamin, sondern Mustererkennung.

Eine Diagnostik, die nur nach Begeisterung, Wissenstiefe oder ungewöhnlicher Beschäftigungsdauer fragt, kann diese Funktion übersehen.

Es war grob fahrlässig, dass die Humboldt diese Verhältnisse nicht näher untersuchte, trotz der 27 Jahre Erwerbslosigkeit, die ein völlig anderes Bild zeichneten als Krisen, die von ADHS ausgelöst werden. Der Hyperfokus war hier nicht von Aufregung geprägt, sondern von der Befassung mit eher langweiligen Themen über Jahrzehnte, wie es auch die befreundete Psychotherapeutin betont hatte. Das Werk des Autors hätte jemanden mit nur ADHS, im Umfang von 3–4000 Seiten an publizierten Arbeiten massiv langweilen müssen. Das Bild passte einfach nicht zusammen.

Warum die Werkbindung im Interview verschwinden konnte

Der Fall zeigt mehrere mögliche Mechanismen, durch die das Spezialinteresse aus dem diagnostischen Bild herausfallen konnte.

Erstens war der Gegenstand kulturell anerkannt. Kunst und Forschung wirkten nicht stereotyp ungewöhnlich. Zweitens war die Tätigkeit thematisch breit. Die zugrunde liegende strukturelle Wiederholung konnte dadurch wie vielseitiges Interesse erscheinen. Drittens war das Werk produktiv. Die Leistung konnte den Zwangs- oder Bindungscharakter überdecken. Viertens war die Erklärung komplex. Um die Einheit des Werkes zu verstehen, hätte man wenigstens Teile der Bücher und Papers inhaltlich prüfen müssen.

Man hätte sich mit dem öffentlich bekannten Werk zumindest im Mindestmaß befassen müssen.

Fünftens stand für die Interviews wenig Zeit zur Verfügung. Eine fast dreißigjährige Arbeitsstruktur musste in wenigen Sätzen verdichtet werden. Sechstens konnte das wiederholte Beharren des Autors auf der Bedeutung seines Werkes bereits unter der Hypothese von Selbstüberschätzung oder Narzissmus gelesen worden sein.

Siebtens war die jüngere Diagnostikerin, auf deren Notizen die Einschätzung offenbar wesentlich beruhte, nach der Erinnerung des Autors mit der Kindheits- und Lebensanamnese in einem engen Zeitrahmen befasst.

Jeder dieser Faktoren kann dazu beitragen, dass die Bindungsform nicht als diagnostisches Muster erscheint.

Zusammen erzeugen sie eine starke Selektionswirkung.

Das Verfahren sah den Berufstitel, die Publikationen und die Selbstdarstellung. Es sah möglicherweise nicht die lebenslange Verengung, die darunter lag.

Und die Ambulanz weigerte sich im Anschluss auch diese zu sehen.

Das Problem der nicht gelesenen Evidenz

Die Bewertung des Spezialinteresses war besonders abhängig vom vorgelegten Material. Die bloße Aussage „Ich arbeite seit dreißig Jahren an einem Werk“ kann übertrieben, idealisiert oder retrospektiv geordnet sein. Das Werk selbst konnte jedoch geprüft werden. Es war öffentlich zugänglich, datiert, publiziert und in seiner Entwicklung dokumentiert. Es hätte zumindest stichprobenartig untersucht werden können:

- Wiederholen sich tatsächlich dieselben strukturellen Motive?
- Besteht eine außergewöhnliche Kontinuität?
- Verweisen die Arbeiten rekursiv aufeinander?
- Ist die behauptete Bindung über Jahrzehnte objektivierbar?
- Welche Rolle spielt das Werk für den Lebensverlauf?
- Ist es eher Ausdruck flexibler Karrierearbeit oder einer stark eingeengten Gegenstandsbindung?

Gerade hier besaß der Fall eine seltene Form externer Überprüfbarkeit. Viele Menschen können ihre jahrzehntelangen inneren Interessen nur retrospektiv beschreiben. Der Autor konnte einen materiellen Korpus vorlegen.

Wenn dieser Korpus nicht inhaltlich geprüft wurde, konnte die Ambulanz die behauptete Struktur kaum fundiert verneinen. Sie konnte höchstens feststellen, dass sie im Interview nicht hinreichend erfasst worden war. Aus fehlender Prüfung folgt jedoch nicht fehlendes Spezialinteresse.

Die ungleiche Behandlung von Evidenz und Behauptung

Die Autismus-Hypothese wurde mit dem Hinweis zurückgewiesen, die notwendigen Muster seien nicht hinreichend belegt. Gleichzeitig wurde die gegenteilige Feststellung – kein relevantes Spezialinteresse – offenbar getroffen, ohne dass die umfangreichste verfügbare Evidenz vollständig untersucht worden war.

Damit bestand eine asymmetrische Beweisanforderung:

Der Autor sollte die diagnostische Bedeutung seiner Werkbindung beweisen. Die Ambulanz musste nicht sichtbar beweisen, weshalb diese Bindung die Kriterien nicht erfüllte. Die institutionelle Nichtanerkennung erschien als Ausgangslage. Die Anerkennung musste erkämpft werden.

Gerade bei einer nahezu dreißigjährigen, materiell dokumentierten Lebensstruktur wäre jedoch auch die Verneinung erklärungsbedürftig gewesen.

Welche Eigenschaft fehlte?

War die Intensität nicht hoch genug?

Die Dauer nicht lang genug?

Die Verengung nicht deutlich genug?

Die regulatorische Funktion nicht plausibel?

Die funktionalen Kosten nicht erheblich?

Oder war der Gegenstand schlicht zu gesellschaftlich verständlich, um als Spezialinteresse wahrgenommen zu werden?

Der Befund legte dies nicht transparent dar.

Die Konkurrenz zweier Lesarten

Das Werk konnte grundsätzlich auf mindestens zwei Arten gelesen werden.

In einer autistischen Lesart zeigte es:

- Monotropismus;
- extreme Gegenstandsbindung;
- langfristige repetitive Strukturarbeit;

- Regulation durch ein eigenes System;
- geringe Übertragbarkeit der Arbeitsfähigkeit;
- und eine über Jahrzehnte stabile Form der Weltaneignung.

In einer narzisstischen Lesart konnte dasselbe Material erscheinen als:

- übermäßige Selbstbezogenheit;
- grandioser Anspruch auf Bedeutung;
- starkes Bedürfnis nach Anerkennung;
- öffentliche Selbstdarstellung;
- und überwertige Einschätzung der eigenen Forschung.

Die Daten änderten sich nicht.

Ihre Bedeutung hing vom theoretischen Rahmen ab.

Gerade deshalb wäre eine Prüfung beider Modelle notwendig gewesen.

Welches Modell erklärte besser:

- die jahrzehntelange Arbeit ohne nennenswerte Anerkennung;
- die Persistenz trotz Armut;
- die regulatorische Wirkung;
- die geringe Flexibilität;
- die repetitive Rückkehr zu denselben Strukturproblemen;
- und die gesundheitlichen Folgen von Unterbrechung und Fremdsteuerung?

Die narzisstische Lesart konnte bestimmte Formen der Selbstdarstellung erklären. Sie erklärte nicht ohne Weiteres die Bindungsarchitektur des Werkes. Die autistische Lesart konnte diese Architektur möglicherweise besser erfassen. Der Befund zeigte nicht, dass dieser Modellvergleich systematisch vorgenommen wurde.

Der Statuskonflikt als diagnostischer Filter

Die Werkbindung traf zudem auf einen sozialen Statuskonflikt.

Der Autor war auf den ersten Blick nicht als Professor, etablierter Wissenschaftler oder institutionell anerkannter Künstler in die Ambulanz gekommen. Er war langjährig erwerbslos, verarmt und publizierte teilweise im Eigenverlag. Bei genauerer Betrachtung hätte man zugleich erkannt, dass er zu Podien eingeladen wurde, auf Kongressen sprach, und sogar einmal gemeinsam mit einem Nobelpreisträger und anderen Promis am größten Runden Tisch der Welt saß (Dropping Knowledge), um die angeblich wichtigsten 100 Fragen der Menschheit zu beantworten. Er erhielt staatliche Kunstförderung, war als freischaffender Künstler anerkannt und publizierte auf Philpapers. Das war nicht nichts.

Damit fehlte aber für eine Ambulanz, die hier nur den Bürgergeldempfänger sah, jene soziale Autorisierung, durch die eine extreme Arbeitsbindung normalerweise legitimiert wird. Ein Professor, der seit dreißig Jahren an derselben Theorie arbeitet, kann als spezialisiert gelten. Ein verarmter

Erwerbsloser, der dasselbe behauptet, riskiert, als realitätsfern oder selbstüberhöht wahrgenommen zu werden. Obwohl die Menschheitsgeschichte massiv viele Beispiele von wichtigen Beiträgen mit genau diesem Armutsprofil zeigt.

Die diagnostische Lesbarkeit der Tätigkeit hing damit möglicherweise nicht nur von ihrem Inhalt, sondern auch vom Status ihres Trägers ab.

Das ist eine klassistische Verzerrungsgefahr.

Institutioneller Erfolg kann extreme Fokussierung normalisieren. Institutioneller Ausschluss kann dieselbe Fokussierung pathologisieren. Im Fall des Autors trat beides paradoxerweise zugleich auf: Die Werkbindung wurde nicht als autistisches Spezialinteresse anerkannt, konnte aber als Material einer narzisstischen Akzentuierung dienen.

Sie war diagnostisch zu gewöhnlich, um autistisch zu sein. Und zugleich zu selbstbezogen, um bloß gewöhnliche Arbeit zu sein.

Zugleich wurde die narzisstische Hypothese im Bezug auf das Werk, angesichts der aufgedeckten Widersprüche nicht weiter untersucht.

Die Umcodierung des Spezialinteresses

Damit wird ein zentraler Mechanismus sichtbar.

Das Spezialinteresse verschwand nicht, weil die zugrunde liegenden Daten vollständig verschwanden. Die Arbeit, die Bücher, die Intensität und das Beharren blieben sichtbar. Sie wurden jedoch anders codiert.

Aus Bindung wurde Ehrgeiz. Aus Monotropismus wurde Selbstbezogenheit.

Aus der Notwendigkeit, immer wieder auf das Werk hinzuweisen, wurde möglicherweise Geltungsbedürfnis.

Aus dem Versuch, die diagnostische Relevanz des Materials zu retten, wurde Selbstüberhöhung. Das mögliche autistische Merkmal wurde nicht ausgelöscht. Es wechselte das Erklärungssystem.

Gerade darin liegt die Verbindung zum späteren Kapitel über moralische Umcodierung. Die Institution sah weiterhin dieselbe Person und dieselben Handlungen. Sie veränderte deren diagnostische und moralische Bedeutung.

Das Werk als nicht integrierbare Evidenz

Der vielleicht grundlegendste Grund für das Verschwinden lag jedoch in der Struktur des Verfahrens selbst.

Das Werk war zu groß, zu lang, zu interdisziplinär und zu wenig standardisiert, um innerhalb weniger klinischer Termine leicht verarbeitet werden zu können. Es passte nicht in ein Kästchen.

Es ließ sich nicht auf einen einzelnen Testwert reduzieren. Es verlangte eine qualitative Langzeitanalyse. Damit war es für die Diagnostik möglicherweise weniger nutzbar als eine kurze Antwort auf eine standardisierte Frage.

Die institutionelle Schwierigkeit, das Material aufzunehmen, konnte anschließend wie fehlende diagnostische Relevanz erscheinen.

Das Werk war dann nicht deshalb schwach, weil es wenig zeigte. Es war schwach, weil das Verfahren zu wenig Kapazität besaß, das Gezeigte zu lesen.

Hier wiederholt sich die zentrale Umkehrung des gesamten Falles:

> Die Grenze der institutionellen Aufnahmefähigkeit wurde zur Grenze der Evidenz erklärt.

Für externe Beobachter, die das international offen zugängliche Werk des Autors kannten oder kennen, erscheint der ganze Vorgang vermutlich wie ein groteskes Theaterstück. Dass der Autor mit hoher Wahrscheinlichkeit Autist ist, alle möglichen Leute dies mittlerweile auch so sehen, sein Werk anders kaum zu erklären ist, zeigt wie weit Realität auseinander liegen kann und wie schwer es manchmal ist Fakten durch institutionelle Filter zu übertragen. Dies zeigt ein massives Problem in der Autismus-Diagnostik, mit einer fast komischen Komponente.

Das verschwundene Spezialinteresse als Modellfall

Viele spät diagnostizierte Erwachsene besitzen keine kindlich oder stereotyp wirkenden Spezialinteressen. Ihre intensive Bindung kann sich im Erwachsenenleben verwandelt haben in:

- eine berufliche Expertise;
- wissenschaftliche Forschung;
- politische Arbeit;
- Kunst;
- therapeutische Tätigkeit;
- Aktivismus;
- Sammlungs- und Archivarbeit;
- oder eine hoch spezialisierte private Wissenspraxis.

Je gesellschaftlich produktiver und sprachlich reflektierter diese Bindung wird, desto leichter kann ihr autistischer Charakter übersehen werden.

Die Diagnostik sucht dann möglicherweise nach einem sichtbaren Sonderinteresse, während die Person ihr gesamtes Leben bereits um dieses Interesse herum aufgebaut hat.

Die Nische wird gesehen.

Die Notwendigkeit der Nische bleibt unsichtbar.

Die ethische Bedeutung des Verschwindens

Die Verneinung eines Spezialinteresses war für den Autor nicht bloß die Zurückweisung eines Diagnosekriteriums.

Sie betraf die zentrale Organisationsform seines Lebens.

Die Ambulanz sagte ihm faktisch, dass jene Struktur, die Arbeit, Armut, Regulation, Identität und jahrzehntelange Kontinuität miteinander verband, diagnostisch nicht in der von ihm beschriebenen Weise existiere.

Damit entstand eine besonders tiefe Form epistemischer Verletzung.

Nicht nur einzelne Symptome wurden anders bewertet. Der Zusammenhang, durch den der Autor sein Leben erstmals verstehen konnte, wurde aufgelöst.

Zurück blieben einzelne Kategorien:

- Erwerbslosigkeit;
- Erschöpfung;
- ADHS;
- soziale Angst;
- Persönlichkeitszüge;
- künstlerische Arbeit.

Was verschwand, war ihre gemeinsame Bindungsstruktur.

Man muss sich fragen welches Recht die Ambulanz besaß dies zu tun, wenn die Daten die sie lieferte keineswegs gesichert waren, ja gesichert sein konnten.

Wie stark sind Spezialinteressen überhaupt zu gewichten?

Die vorliegende Fallstudie berührt zugleich eine grundlegende theoretische Frage der gegenwärtigen Autismusforschung. Die klassische Diagnostik gewichtete über Jahrzehnte vor allem von außen beobachtbare soziale Defizite. Neuere Forschungsansätze zu Monotropismus, Masking und Double Empathy stellen demgegenüber die Möglichkeit in den Vordergrund, dass die eigentliche Besonderheit autistischer Kognition weniger in einem primären Sozialdefizit als in einer spezifischen Organisation von Aufmerksamkeit, Interessenbindung und Informationsverarbeitung liegt. Soziale Auffälligkeiten wären dann zumindest teilweise sekundäre Folgen dieser anders strukturierten Weltbeziehung. Aus dieser Perspektive könnten langjährig stabile Spezialinteressen und monotrope Werkbindung für das Verständnis autistischer Kognition unter Umständen grundlegender sein als die situative Beobachtung sozialer Reziprozität. Ob dies zutrifft, ist Gegenstand aktueller Forschung. Der dokumentierte Fall verdeutlicht jedoch, welche diagnostischen Konsequenzen sich ergeben, wenn der Schwerpunkt nahezu ausschließlich auf der Außenbeobachtung sozialer Interaktion liegt.

Wenn Monotropismus tatsächlich näher am Kern liegt als soziale Defizite, dann wäre eine Diagnostik, die primär soziale Performanz bewertet, systematisch verzerrt.

In diesem Zusammenhang ist auch die Theorie des **Hyper-Systemizing** (Baron-Cohen) von Bedeutung. Sie versteht Autismus nicht primär als Defizit sozialer Fähigkeiten, sondern als außergewöhnlich ausgeprägte Tendenz, Regelmäßigkeiten, Strukturen, Gesetzmäßigkeiten und formale Systeme zu erkennen, zu analysieren und über lange Zeiträume hinweg zu bearbeiten. Auch wenn diese Theorie kontrovers diskutiert wird und das Phänomen Autismus nicht vollständig erklärt, verweist sie auf eine wesentliche diagnostische Verschiebung: Der Kern autistischer Kognition könnte weniger in beobachtbaren sozialen Defiziten liegen als in einer spezifischen Form der Welterschließung. Gerade in Verbindung mit neueren Ansätzen wie Monotropismus, Masking und dem Double-Empathy-Problem gewinnt damit die Frage an Bedeutung, ob außergewöhnlich stabile Werkbindungen, langjährige Spezialinteressen und systematisierende Denkformen diagnostisch stärker berücksichtigt werden sollten als bisher. Der vorliegende Fall legt nahe, dass eine Diagnostik, die primär von außen beobachtbare soziale Interaktion bewertet, Gefahr läuft, gerade jene kognitiven Organisationsformen zu unterschätzen, die möglicherweise näher am Kern autistischer Informationsverarbeitung liegen.

Bemerkenswert ist dabei, dass sich Hyper-Systemizing und Monotropismus nicht notwendigerweise widersprechen. Während Hyper-Systemizing beschreibt, was bevorzugt verarbeitet wird – nämlich Systeme, Regeln und Strukturen –, beschreibt Monotropismus eher, wie Aufmerksamkeit organisiert wird: durch eine außergewöhnlich starke und langanhaltende Bindung an wenige Informationsfelder. Beide Ansätze verschieben den diagnostischen Fokus von der primär sozialen Außenbeobachtung hin zu den inneren Organisationsprinzipien autistischer Kognition.

Forschung und Diagnostik: die Diskrepanz im eigenen institutionellen Umfeld

Besonders bemerkenswert ist auch, dass diese Kritik nicht lediglich von außen an die Humboldt-Ambulanz herangetragen werden muss. Eine 2026 von Mareike Bayer und Isabel Dziobek veröffentlichte Studie untersucht ausdrücklich die Funktionen, Vorteile und Belastungen autistischer Spezialinteressen. Die Autorinnen beschreiben Spezialinteressen als hochprävalentes Merkmal des Autismus und weisen zugleich darauf hin, dass sie in Forschung und klinischer Betrachtung lange überwiegend defizitorientiert verstanden wurden. Ihre eigenen Ergebnisse zeigen dagegen, dass Spezialinteressen für autistische Erwachsene insbesondere bei Emotionsregulation sowie als Quelle von Lernen und Wissen eine stärkere Bedeutung besitzen als für nichtautistische Vergleichspersonen (Bayer & Dziobek, 2026).

Auch quantitativ ist der Befund bemerkenswert. Die autistischen Teilnehmenden der Studie berichteten durchschnittlich 28,6 Stunden Beschäftigung pro Woche mit ihren Interessen, gegenüber 14,2 Stunden in der nichtautistischen Vergleichsgruppe. Dieser Unterschied blieb auch unter Berücksichtigung des Erwerbsstatus bestehen. Besonders in negativen und erschöpfenden Situationen griffen autistische Personen häufiger auf ihre Interessen und seltener auf soziale Strategien zurück. Bayer und Dziobek interpretieren Spezialinteressen dementsprechend ausdrücklich als mögliche adaptive Ressource für Stressbewältigung und Emotionsregulation.
Damit entsteht im vorliegenden Fall eine auffällige Diskrepanz zwischen wissenschaftlichem Erkenntnisstand und diagnostischer Praxis innerhalb desselben institutionellen Umfelds. Der Autor

hatte eine annähernd drei Jahrzehnte bestehende, teilweise vollzeitähnliche Werkbindung beschrieben, die zugleich der Regulation, Wissensproduktion, Stabilisierung und Aufrechterhaltung seiner Funktionsfähigkeit diente. Gerade jene Dimensionen, die Bayer und Dziobek wissenschaftlich als besonders relevant für autistische Spezialinteressen herausarbeiten, waren damit in außergewöhnlicher Ausprägung biografisch dokumentiert. Dennoch ist im diagnostischen Befund nicht nachvollziehbar, dass diese Struktur einen entsprechenden Stellenwert innerhalb der abschließenden Gesamtschau erhielt.

Diese Diskrepanz beweist weder, dass die Diagnoseentscheidung falsch war, noch, dass die Ergebnisse der später veröffentlichten Studie bereits in identischer Form auf den konkreten Fall hätten übertragen werden müssen. Sie erzeugt jedoch eine erhebliche wissenschaftliche Erklärungsbedürftigkeit: **Wie kann ein institutionelles Forschungsumfeld die regulierende, wissensbildende und lebensorganisierende Bedeutung autistischer Spezialinteressen empirisch herausarbeiten, während eine außergewöhnlich ausgeprägte Kombination genau dieser Merkmale innerhalb der eigenen diagnostischen Praxis offenbar keinen vergleichbaren epistemischen Stellenwert erhält?** Das Problem wäre dann nicht notwendig fehlendes Wissen über Spezialinteressen, sondern die fehlende Übersetzung dieses Wissens in die diagnostische Erkenntnispraxis.

Hinzu kommt eine weitere wissenschaftstheoretische Schwierigkeit. Die autistische Gruppe bei Bayer und Dziobek bestand aus bereits diagnostizierten Personen; 85 Prozent berichteten eine Diagnose aus einer spezialisierten Ambulanz. Die Forschung untersucht damit Eigenschaften jener Menschen, die das diagnostische Selektionssystem bereits als autistisch anerkannt hat. Personen, deren monotrope oder spezialinteressengeprägte Lebensorganisation im diagnostischen Verfahren gerade nicht als hinreichend autistisch gelesen wurde, können dagegen aus einer solchen Forschungspopulation herausfallen. Damit verbindet sich die Frage nach dem verschwundenen Spezialinteresse unmittelbar mit der später in dieser Studie behandelten Produktion diagnostischer Populationen.

Der vorliegende Fall führt deshalb zu einer weitergehenden Frage: Bewertet eine sozial stark fokussierte Autismusdiagnostik tatsächlich Autismus in seiner gesamten kognitiven und biografischen Struktur – oder vor allem die Sichtbarkeit bestimmter Formen sozialer Auffälligkeit? Wenn Spezialinteressen, Monotropismus und langfristige Aufmerksamkeitsbindung wesentlich näher an der inneren Organisation autistischer Kognition liegen, als es eine primär sozialdefizitorientierte Außenbeobachtung erfassen kann, dann wäre das Verschwinden eines außergewöhnlich ausgeprägten Spezialinteresses aus der diagnostischen Gesamtschau kein nebensächliches Detail. Es könnte auf eine grundlegendere Grenze des diagnostischen Modells hinweisen.

Die entscheidende Forschungsfrage

Die zentrale Frage dieses Kapitels lautet daher:

> Wie intensiv, dauerhaft, repetitiv, regulatorisch und lebensbestimmend muss eine Bindung noch sein, bevor sie von einer Diagnostik als mögliches Spezialinteresse anerkannt wird?

Wenn fast drei Jahrzehnte annähernd vollzeitiger, weitgehend unbezahlter, schwer unterbrechbarer und alle Lebensbereiche organisierender Arbeit nicht ausreichen, muss die Institution erklären, welches zusätzliche Merkmal gefehlt haben soll.

Der Autor, der dies kaum fassen konnte, schrie die Diagnostikerin an: *„Aber Sie können doch nicht ein Lehrbuchbeispiel eines Spezialinteresses einfach kommentarlos ignorieren."*

Die Diagnostikerin lächelte nach seiner Erinnerung arrogant, ließ den Autor auflaufen und sagte dazu nichts. Also überhaupt nichts. Als hätte der Autor von etwas vollkommen Abwegigem gesprochen.

Ohne diese Erklärung bleibt nicht nur der konkrete Befund unklar. Es entsteht der Verdacht eines systematischen blinden Flecks:

> Erwachsene Spezialinteressen werden dort diagnostisch unsichtbar, wo sie kulturell produktiv, theoretisch komplex oder gesellschaftlich lesbar geworden sind.

Die eigentliche theoretische Kontroverse betrifft heute nicht mehr nur die Frage, *ob* Spezialinteressen diagnostisch relevant sind, sondern welchen Stellenwert sie innerhalb des Autismus überhaupt besitzen. Die klassische Diagnostik verstand Autismus über Jahrzehnte vor allem als Störung sozialer Kommunikation und Interaktion. Neuere Forschungsansätze zu Monotropismus, Hyper-Systemizing, Double Empathy, Masking und neurodivergenter Informationsverarbeitung verschieben den Schwerpunkt dagegen zunehmend auf die innere Organisation von Aufmerksamkeit, Interessenbindung und Welterschließung. Soziale Schwierigkeiten erscheinen aus dieser Perspektive zumindest teilweise als Folge einer anders strukturierten Kognition und nicht notwendigerweise als deren eigentlicher Ursprung.

Diese theoretische Verschiebung besitzt erhebliche diagnostische Konsequenzen. Wird Autismus primär über beobachtbare soziale Interaktion definiert, geraten genau jene langfristigen Organisationsformen von Aufmerksamkeit, Werkbindung und kognitiver Spezialisierung aus dem Blick, die möglicherweise näher am eigentlichen Kern autistischer Kognition liegen. Eine Diagnostik kann dadurch gerade jene Personen übersehen, deren soziale Performanz durch jahrzehntelange Kompensation relativ unauffällig erscheint, deren monotrope Bindungsstruktur jedoch außergewöhnlich ausgeprägt ist.

Das folgende Kapitel untersucht, was mit den weiterhin vorhandenen Phänomenen geschah, nachdem das autistische Gesamtmodell zurückgewiesen worden war. Sie verschwanden nicht. Sie wurden auf ADHS, Dysthymie, soziale Angst und narzisstische Persönlichkeitszüge verteilt. Zu prüfen ist daher, ob damit tatsächlich ein überlegenes Alternativmodell entstand oder ob der Erklärungsbedarf lediglich fragmentiert wurde.

14. Von der Komorbidität zur Fragmentierung des Erklärungsbedarfs

Nachdem die Autismus-Hypothese verworfen worden war, verschwanden die zuvor erhobenen Auffälligkeiten nicht. Die hohen Screeningwerte, die soziale Erschöpfung, die langjährige Erwerbsproblematik, die Schwierigkeiten mit Übergängen und Fremdsteuerung, die intensive Werkbindung, depressive Zustände und institutionellen Konflikte blieben erklärungsbedürftig.

Sie wurden jedoch nicht mehr als Teile einer möglichen gemeinsamen Struktur behandelt.

Stattdessen wurden sie auf mehrere diagnostische und psychologische Kategorien verteilt:

- ADHS;
- Dysthymie;
- soziale Ängstlichkeit beziehungsweise soziale Vermeidung;
- aktuelle Belastungsreaktionen;
- und narzisstische Persönlichkeitszüge.

Diese Kategorien können im Einzelfall berechtigt sein. ADHS war bereits zuvor diagnostiziert worden. Chronische depressive Zustände können real bestehen. Soziale Angst kann eigenständig oder komorbid auftreten. Persönlichkeitsmerkmale dürfen grundsätzlich ebenfalls geprüft werden.

Das Problem liegt daher nicht in der bloßen Existenz mehrerer Diagnosen.

Es liegt in der Frage, ob aus ihnen ein **überlegenes Erklärungsmodell** entstand oder ob der Zusammenhang der Phänomene lediglich aufgelöst wurde.

Die entscheidende Differenz lautet:

> Mehrere Phänomene auf mehrere Kategorien zu verteilen ist nicht dasselbe, wie ihre gemeinsame Entstehungs- und Funktionsstruktur zu erklären.

Komorbidität ist kein Gegenargument gegen Autismus

Autismus tritt nicht in einem diagnostisch leeren Raum auf. ADHS, Angststörungen, depressive Erkrankungen, Erschöpfungszustände und traumatische Belastungen können gleichzeitig bestehen. Sie können sich gegenseitig verstärken, überdecken oder in ihrer sichtbaren Form verändern.

Das Vorliegen einer solchen Belastung beantwortet deshalb nicht automatisch die Frage, ob zusätzlich Autismus besteht.

Ein Mensch kann autistisch und depressiv sein. Er kann autistisch sein und soziale Angst entwickeln. Er kann gleichzeitig ADHS und Autismus aufweisen.

Er kann infolge chronischer Überforderung Symptome entwickeln, die später als eigenständige affektive oder persönlichkeitsbezogene Störung erscheinen.

Die differenzialdiagnostische Aufgabe besteht daher nicht darin, für jedes Phänomen irgendeine alternative Kategorie zu finden. Sie muss prüfen, ob die alternative Kategorie das jeweilige Merkmal **vollständiger, zeitlich plausibler und strukturell sparsamer** erklärt als die Autismus-Hypothese.

Möglichkeit ist nicht Erklärung.

Fragmentierung des Erklärungsbedarfs

Der hier zu beobachtende Mechanismus kann als **Fragmentierung des Erklärungsbedarfs** bezeichnet werden. Ein einheitliches Modell wird abgelehnt. Der von ihm erfasste Zusammenhang

verschwindet jedoch nicht. Er wird in kleinere klinische Einheiten zerlegt, von denen jede einen begrenzten Teil übernimmt.

Die soziale Erschöpfung wird depressiv. Die Vermeidung wird ängstlich. Die organisatorische Instabilität wird ADHS. Die Werkbindung wird berufliche oder narzisstische Selbstbezogenheit. Die Konflikte werden persönlichkeitsbedingt. Das gesamte Leben wird auf mehrere Kategorien verteilt.

Dabei kann jede einzelne Zuordnung oberflächlich plausibel wirken. Erst in der Zusammenschau zeigt sich, dass keine Kategorie und auch ihre bloße Addition die ursprüngliche Struktur vollständig ersetzt.

Die Fragmentierung besitzt einen institutionellen Vorteil.

Ein komplexes und schwer erfassbares Gesamtmodell wird in bekannte, klinisch handhabbare Kategorien übersetzt. Diese Kategorien sind diagnostisch verfügbar. Sie können kodiert, behandelt und in kurzen Befunden dargestellt werden. Die Frage, ob sie gemeinsam eine überzeugende Theorie des Falles ergeben, tritt dagegen in den Hintergrund.

In der Autismusforschung wird dies bereits umfangreich erkannt und erklärt auch warum viele Autist:innen mit genau diesen Diagnosen, besonders der Persönlichkeitsstörung über Jahrzehnte falsch gelabelt werden.

Die Ambulanz, besonders Frau Prof. Dziobek hätte diese Problematik erkennen müssen, traf aber offenbar keine ausreichenden Vorkehrungen um diese Gefahr zu bannen.

ADHS als universelle Restkategorie

Das bereits diagnostizierte ADHS bot im untersuchten Fall eine besonders verfügbare Alternativerklärung.

ADHS kann zahlreiche Phänomene erfassen:

- Konzentrationsschwierigkeiten;
- Organisationsprobleme;
- emotionale Dysregulation;
- Impulsivität;
- wechselnde Aufmerksamkeit;
- Hyperfokus;
- Probleme mit Routinen;
- und soziale Schwierigkeiten.

Gerade diese Breite macht ADHS zu einer plausiblen, aber auch gefährlich flexiblen Restkategorie.

Wenn ein Merkmal sowohl zu ADHS als auch zu Autismus passen kann, muss genauer geprüft werden, wie es funktional organisiert ist. Das hat die Humboldt fahrlässig vernachlässigt.

Hyperfokus bei ADHS kann wechselnd, belohnungsabhängig und durch Neuheit aktiviert sein. Eine autistische Gegenstandsbindung kann stärker durch langfristige Stabilität, tiefe strukturelle Integration, geringe Ablösbarkeit und regulatorische Notwendigkeit geprägt sein.

Beide Formen können sich überschneiden.

Gerade bei einer möglichen AuDHD-Konstellation ist die Aufgabe nicht, jedes Merkmal entweder ADHS oder Autismus zuzuordnen. Es muss geprüft werden, wie beide Strukturen ineinandergreifen.

Im Fall des Autors konnte ADHS Teile der Aufmerksamkeit und Organisation erklären. Es erklärte jedoch nicht ohne Weiteres, warum eine einzige Werkstruktur über fast drei Jahrzehnte stabil blieb, während andere Arbeitsformen scheiterten.

Ein Modell, das ADHS als Erklärung verwendet, muss gerade diese ungewöhnliche Stabilität aufnehmen.

Nach der Stellungnahme der Wissenschaftlichen Gesellschaft Autismus-Spektrum zur ICD-11 verlangt die neuere Klassifikationslogik gerade bei der Überschneidung von ADHS und Autismus eine komorbiditätsoffene, heterogenitätssensible und sorgfältig differentialdiagnostisch begründete Prüfung. Die Humboldt-Ambulanz untersuchte den Autor demgegenüber formal auf Grundlage der ICD-10. Die WGAS hebt hervor, dass die Komorbidität von Autismus und ADHS in der ICD-11 ausdrücklich zugelassen wird. Sie schreibt: *„Die Eingruppierung der autistischen Störungen in die ‚neurodevelopmental disorders' erfolgte, weil alle genannten Störungen häufig gemeinsam auftreten und viele Charakteristika teilen."* Zugleich betont sie die „enorme Heterogenität" des Autismus-Spektrums.

Daraus ergibt sich ein grundsätzliches Problem für eine Diagnostik im Jahr 2026, die zwar formal weiterhin nach ICD-10 kodiert, bei der inhaltlichen Interpretation aber einen inzwischen überholten Gegensatz zwischen ADHS und Autismus reproduziert. Die Frage durfte nicht lauten, ob die autismusbezogenen Befunde möglicherweise auch bei ADHS vorkommen können. Zu prüfen gewesen wäre vielmehr, ob ADHS das gesamte vorliegende Profil tatsächlich hinreichend erklärt oder ob beide neuroentwicklungsbezogenen Strukturen gemeinsam vorliegen. Die formale Verwendung der ICD-10 entband die Ambulanz nicht davon, den aktuellen Forschungsstand, die anerkannte Komorbidität und die Heterogenität autistischer Erscheinungsformen zu berücksichtigen. Das betrifft über die unmittelbaren Aussagen der Stellungnahme hinaus auch neuere Erkenntnisse zu Kompensation und Masking.

Ein Ausschluss, der wesentlich auf der während weniger Untersuchungssituationen beobachteten Reziprozität, dem Vergleich mit einer klinisch vorselektierten Autismuspopulation und einer pauschalen Zurechnung autismusbezogener Befunde zu ADHS oder Persönlichkeitsmerkmalen beruht, trennt die möglichen Erklärungen nicht nachvollziehbar voneinander. Er vermischt sie vielmehr, indem das gemeinsame Auftreten und die inhaltliche Überschneidung der Störungsbilder als Argument gegen statt als Anlass für eine differenziertere Komorbiditätsprüfung verwendet werden.

Die WGAS fordert: *„Aus Sicht der WGAS ist zu fordern, bei Diagnosestellung nach ICD-11 im Detail zu begründen, warum die Symptomatik nicht durch eine oder mehrere der genannten Differentialdiagnosen erklärt werden kann."*

Diese Forderung bezieht sich unmittelbar auf die Vergabe einer Autismusdiagnose. Methodisch muss sie jedoch auch in der Gegenrichtung gelten: Werden bei einem umfangreichen autismusbezogenen Befund alternative Diagnosen als Erklärung herangezogen, muss im Einzelnen nachvollziehbar werden, welche Befunde durch welche Alternative erklärt werden, weshalb diese Erklärung dem Gesamtprofil

besser entspricht und warum eine Komorbidität ausgeschlossen wird. Eine solche detaillierte Auflösung leistet der Befund der Humboldt-Ambulanz nicht. Die formale Anwendung der ICD-10 beseitigt dieses Begründungsdefizit nicht.

Frau Prof. Dziobek ist selbst Mitglied der WGAS.

Der diagnostische Zeitpfeil

Die Unterscheidung zwischen Primärstruktur und Folgeerkrankung verlangt eine zeitliche Analyse.

Was war zuerst vorhanden?

Welche Schwierigkeiten bestanden bereits vor depressiven Krisen? Welche sozialen Muster zeigten sich, bevor angeblich nicht vorhandene starke Angst entstand? Welche Arbeits- und Bindungsformen waren über Jahrzehnte stabil? Welche Symptome verschärften sich erst nach institutioneller Gewalt, Armut und wiederholtem Scheitern?

Ohne diesen diagnostischen Zeitpfeil können spätere Folgen rückwirkend zur Ursache erklärt werden.

Ein erwachsener Mensch erscheint depressiv, sozial ängstlich, erschöpft und konflikthaft. Daraus wird geschlossen, diese Kategorien erklärten seine Selbsteinschätzung als autistisch.

Möglich ist jedoch auch:

> Ein über Jahrzehnte unerkannter und nicht unterstützter Autismus trug zur Entstehung genau jener Depression, Angst und Konflikthaftigkeit bei, die später gegen die Autismus-Hypothese verwendet wurden.

Damit entsteht ein zirkulärer Ausschlussmechanismus. Die Folgen des Unerkanntseins werden zu Belegen des Nichtvorliegens.

Dies ist besonders gravierend, da was der Autor erlebte, in der Praxis bei sehr vielen Ambulanzen zum Alltag gehört. Wir wissen nicht wie viele Autist:innen auf diese Weise falsch diagnostiziert, nicht erkannt oder anders herum als Neurodivergent gelabelt wurden, obwohl andere Ursachen vorlagen. Fakt ist, dass die in der Ambulanz angewandte Methode als keine angemessen Vorkehrung erscheint, um diese Gefahr auch nur ansatzweise zu bannen.

Komorbidität als diagnostischer Nebel

Je mehr Belastungen im Erwachsenenalter vorliegen, desto schwieriger wird die Diagnostik.

Trauma, Depression, Angst, ADHS, chronische Erschöpfung und Persönlichkeitsveränderungen können das Erscheinungsbild überlagern. Ein einfaches Profil ist dann nicht mehr zu erwarten.

Gerade daraus darf jedoch nicht folgen, dass Autismus ausgeschlossen wird, weil das Bild zu komplex erscheint.

Komplexität kann nicht nur gegen eine Diagnose sprechen. Sie kann das Ergebnis jahrzehntelanger Überlagerung sein.

Der erwachsene Patient bringt nicht notwendigerweise einen „reinen“ Autismus in die Klinik. Abgesehen davon, dass die Forschung diesen auch nicht kennt.

Er bringt ein Leben mit:

- Anpassung;
- Scheitern;
- Schutzstrategien;
- Fehldiagnosen;
- Traumatisierung;
- soziale Selektionsprozesse;
- und sekundäre Erkrankungen.

Eine Diagnostik, die nach einem klaren, von diesen Folgen unberührten Autismusprofil sucht, kann gerade die Menschen verfehlen, die am längsten ohne Anerkennung leben mussten. Hier zeigt es sich auch als hoch problematisch, dass ICD-10, statt ICD-11 zur Grundlage wurde. Das verschärft die Problematik zusätzlich, wenn bewusste Verbesserungen aus der Forschung und durch die WHO nicht zeitnah von Ambulanzen übernommen werden.

Das Problem des klinisch vertrauten Modells

Fragmentierte Alternativerklärungen besitzen einen weiteren Vorteil: Sie sind klinisch vertraut.

ADHS, Depression, Angst und narzisstische Persönlichkeitszüge gehören zu etablierten Kategorien, für die typische Interviewfragen, Behandlungspfade und Deutungsmuster existieren. Ein komplexes autistisches Erwachsenenprofil mit hoher Sprachkompetenz, jahrzehntelangem Masking, ungewöhnlicher Werkbindung und institutioneller Konfliktgeschichte verlangt dagegen eine aufwendigere Rekonstruktion.

Die Diagnose wird damit nicht allein nach Erklärungsqualität ausgewählt.

Sie kann auch davon beeinflusst sein, welches Modell innerhalb des verfügbaren Verfahrens leichter handhabbar ist.

Das klinisch vertraute Modell benötigt weniger Übersetzungsarbeit. Das ungewöhnliche Modell erzeugt mehr Unsicherheit.

Unter Ressourcenknappheit kann diese Differenz entscheidend werden. Nicht das plausibelste Modell setzt sich notwendig durch. Es kann dasjenige sein, das am besten in die vorhandene diagnostische Infrastruktur passt.

Die Behandlung als Test des Erklärungsmodells

Ein diagnostisches Modell sollte sich auch daran messen lassen, welche Behandlung oder Unterstützung daraus folgt.

Das Alternativmodell der Ambulanz hätte konkrete Antworten geben müssen:

- Wie sollte die jahrzehntelange Erwerbsproblematik behandelt werden?
- Welche Therapie sollte die extreme Abhängigkeit von Eigenzeit verändern?
- Wie sollte die Werkbindung eingeordnet werden?
- Welche Intervention sollte Übergangs- und Unterbrechungsprobleme reduzieren?
- Wie sollte verhindert werden, dass soziale Anforderungen erneut zu Erschöpfung führen?
- Welche Unterstützung ergab sich aus der diagnostizierten Dysthymie oder Persönlichkeitsakzentuierung?

Wenn ein Modell mehrere Diagnosen vergibt, aber keine plausible Veränderungsstrategie für die zentralen Funktionsprobleme hervorbringt, ist seine praktische Erklärungskraft begrenzt.

Eine Diagnose kann formal passend und therapeutisch dennoch leer sein.

Im vorliegenden Fall war die Autismusdiagnose für den Autor nicht nur eine Identitätsfrage. Sie hätte einen Rahmen für Anpassungen, Nachteilsausgleiche, sozialrechtliche Anerkennung und eine veränderte Interpretation der Lebensbedingungen schaffen können.

Die Alternativdiagnosen ersetzten diesen Rahmen nicht sichtbar. Sie erklärten die Person anders. Sie eröffneten aber keine gleichwertige praktische Antwort auf die dokumentierte Lebensproblematik.

Die Fragmentierung individualisiert strukturelle Schäden

Die Aufteilung auf mehrere psychische Kategorien kann zudem institutionelle und soziale Ursachen aus dem Blick drängen.

Chronische Armut wird zur depressiven Belastung. Wiederholte institutionelle Nichtanerkennung wird zur Kränkbarkeit. Überforderung durch unpassende Arbeitsbedingungen wird zur mangelnden Belastbarkeit. Kommunikationskonflikte werden zu Persönlichkeitsproblemen. Damit werden gesellschaftlich erzeugte Schäden in individuelle Pathologien übersetzt.

Das bedeutet nicht, dass die psychischen Folgen unwirklich wären.

Im Gegenteil: Institutionelle Gewalt kann reale Depression, Angst und Erschöpfung erzeugen.

Die Frage ist, ob die Diagnose diese Entstehungsgeschichte bewahrt oder ausblendet.

Wenn sie den Kontext entfernt, erscheint die Person als Träger mehrerer Störungen, während die Bedingungen, unter denen diese Störungen entstanden, unsichtbar werden.

Die Fragmentierung des Erklärungsbedarfs ist daher zugleich eine Fragmentierung von Verantwortung.

Das Gegenmodell müsste mehr leisten

Ein alternatives diagnostisches Modell wäre überzeugend gewesen, wenn es gezeigt hätte:

- weshalb die Autismus-Screenings systematisch erhöht waren;
- wie ADHS und andere Belastungen diese Werte konkret erzeugten;

- warum die Partnerin autistische Merkmale in so starkem Ausmaß wahrnahm;
- wie die jahrzehntelange Werkbindung ohne Spezialinteresse erklärt werden konnte;
- weshalb situative soziale Kompetenz repräsentativer war als die langfristige Funktionsgeschichte;
- wie Dysthymie und Persönlichkeitszüge zeitlich entstanden;
- und welche gemeinsame Struktur die verschiedenen Diagnosen verband.

Ein solches Modell hätte die Autismus-Hypothese tatsächlich übertreffen können. Der bloße Hinweis, dass erhöhte autismusbezogene Werte auch bei anderen psychischen Störungen vorkommen können, genügt dafür nicht. Er zeigt eine Möglichkeit der Fehlzuordnung. Er zeigt nicht, dass diese Fehlzuordnung im konkreten Fall vorlag.

Die Ausrede, dass könnte eine Ambulanz ressourcentechnisch nicht leisten entschuldigt nicht, dass die Ambulanz teils direkt, überwiegend indirekt in der Öffentlichkeit das Bild vermittelt genau das zu können.

Die Politik weist der Ambulanz Gelder für bestimmte Aufgaben zu. Kann sie diese nicht erbringen, bezieht aber dennoch die dafür vorgesehenen Gelder, dann entsteht ein juristischer und ethischer Konflikt.

Wenn Autismus-Diagnostik drauf steht, sollte diese auch drin sein.

Wir sprechen hier nicht von Entscheidungsfehlern, von überall immer wieder stattfindenden falschen Fachurteilen, sondern von objektiv belegten Mängeln in der Methodik und im Format der Diagnostik. Wir sprechen von Mängeln, welche Fehldiagnosen geradezu provozieren.

Diagnostische Sparsamkeit und diagnostische Wahrheit

In wissenschaftlichen Erklärungen gilt häufig das Prinzip, nicht mehr voneinander unabhängige Annahmen einzuführen als notwendig.

Dieses Prinzip darf in der Psychiatrie nicht mechanisch angewendet werden. Menschen können tatsächlich mehrere Erkrankungen gleichzeitig haben.

Dennoch stellt sich eine berechtigte Frage:

> Ist ein Modell aus ADHS, Dysthymie, sozialer Angst, institutioneller Belastung und narzisstischen Persönlichkeitszügen erklärungsstärker als ein Modell, in dem Autismus, ADHS und sekundäre Belastungsfolgen gemeinsam gedacht werden?

Die Antwort kann nicht allein aus der Zahl der Diagnosen folgen.

Entscheidend ist, welches Modell:

- mehr Daten integriert;
- weniger Widersprüche erzeugt;
- die zeitliche Entwicklung plausibler rekonstruiert;
- die Unterschiede zwischen Kontexten erklärt;

- und bessere praktische Konsequenzen ermöglicht.

Genau dieser Modellvergleich blieb im untersuchten Verfahren unzureichend sichtbar.

Vom ausgeschlossenen Autismus zum pathologisierten Rest

Nachdem Autismus ausgeschlossen worden war, blieb ein diagnostischer Rest zurück.

Dieser Rest bestand aus all jenen Merkmalen, die nicht verschwanden, aber nun anders erklärt werden mussten.

Die Person blieb ungewöhnlich fokussiert. Sie blieb sozial erschöpft. Sie blieb institutionell konflikthaft. Sie blieb von der Bedeutung des eigenen Werks überzeugt. Sie blieb überzeugt, dass der negative Befund ihre Realität verfehlte. Gerade diese verbliebenen Merkmale konnten nun in ein Persönlichkeitsmodell eingehen.

Damit entstand eine gefährliche Bewegung:

> Was zuvor als mögliche Evidenz für Autismus vorgelegt worden war, wurde nach dem Ausschluss von Autismus zu Evidenz für andere Störungen.

Die Daten behielten ihre diagnostische Verwertbarkeit.

Nur ihr Vorzeichen änderte sich.

Die Selbstbestätigung des Alternativmodells

Ein fragmentiertes Modell kann sich leicht selbst bestätigen.

Hohe Screeningwerte werden als Folge psychischer Belastung interpretiert. Der Widerspruch gegen diese Interpretation wird als mangelnde Einsicht oder Kränkung gelesen. Das Beharren auf der Werkbindung wird als Selbstüberhöhung verstanden.

Die Wut über die Nichtanerkennung bestätigt emotionale Instabilität oder narzisstische Empfindlichkeit.

Die institutionelle Auseinandersetzung wird zum Beleg eines konflikthaften Persönlichkeitsstils. Damit kann jede Reaktion der Person in das Alternativmodell eingehen.

Die Autismus-Hypothese verliert nicht nur den diagnostischen Vergleich. Die Reaktion auf ihren Ausschluss wird selbst zum Material ihrer weiteren Delegitimierung. An diesem Punkt geht Fragmentierung in moralische Umcodierung über.

Ein ethischer Unterschied der Modelle

Die Wahl zwischen diagnostischen Modellen besitzt auch eine moralische Dimension.

Ein Autismusmodell kann ein Verhalten als Ausdruck einer neuroentwicklungsbedingten Differenz, einer besonderen Relevanzordnung und einer begrenzten Anpassungsfähigkeit verstehen.

Ein narzisstisches oder persönlichkeitsbezogenes Modell kann dasselbe Verhalten stärker als Ausdruck von Selbstbezogenheit, Anspruch, Kränkbarkeit oder mangelnder Empathie lesen.

Beide Modelle beeinflussen, wie die Person behandelt wird.

Im ersten Fall kann sie als überfordert und fehlangepasst an ihre Umwelt erscheinen. Im zweiten als schwierige, uneinsichtige oder überhöhte Persönlichkeit.

Daher darf der Übergang zum Persönlichkeitsmodell nicht mit geringerer Sorgfalt erfolgen als die Prüfung des Autismus.

Je moralisch belastender eine alternative Kategorie ist, desto höher muss die Begründungstiefe sein.

Die zentrale These des Kapitels

Die diagnostische Alternative der Humboldt kann nicht allein deshalb als überlegen gelten, weil sie mehrere bekannte Kategorien benannte.

Entscheidend wäre gewesen, ob sie den gesamten Lebensverlauf besser erklärte als die Autismus-Hypothese.

Dies wurde nicht nachvollziehbar gezeigt.

Die Phänomene wurden aufgeteilt. Ihr Zusammenhang blieb offen. Die Autismus-Hypothese verlor ihren institutionellen Status. Der von ihr erfasste Erklärungsbedarf blieb jedoch bestehen.

Dieser Vorgang wird hier als **Fragmentierung des Erklärungsbedarfs** bezeichnet:

> Ein möglicherweise zusammenhängendes Funktionsprofil wird in mehrere klinisch verfügbare Teilkategorien zerlegt, ohne dass nachgewiesen wird, dass deren Kombination die biografische Gesamtstruktur besser erklärt.

Die Fragmentierung ist nicht notwendig falsch. Mehrere Diagnosen können der Realität entsprechen.

Sie wird problematisch, wenn ihre bloße Verfügbarkeit mit Erklärung verwechselt wird und wenn die dadurch erzeugte Komplexität nicht mehr als Begründungslast des Alternativmodells erscheint.

Die entscheidende Frage bleibt:

> Wurde eine falsche Autismus-Hypothese durch ein besseres Modell ersetzt – oder wurde ein schwer integrierbarer Zusammenhang so lange aufgeteilt, bis er in die vorhandenen Kategorien passte?

15. Die selbstversiegelnde Interpretation: Wenn Widerspruch zum Symptom wird

Mit der moralischen Umcodierung einzelner Merkmale entstand ein weiteres Problem. Die persönlichkeitsbezogene Interpretation erklärte nicht mehr nur bestimmte Aussagen und Verhaltensweisen des Autors. Sie konnte auch seine Reaktion auf die diagnostische Entscheidung aufnehmen.

Der Widerspruch gegen den Befund war dann nicht mehr ausschließlich ein sachlicher Einwand.

Er konnte selbst zum diagnostischen Material werden.

Forderte der Autor eine nachvollziehbare Begründung, konnte dies als Anspruchshaltung gelesen werden. Reagierte er verletzt oder wütend, konnte darin Kränkbarkeit gesehen werden. Verwies er auf eigene Forschung, Publikationen und fachliche Kompetenz, konnte dies die Annahme von Grandiosität scheinbar bestätigen.

Damit drohte eine **selbstversiegelnde Interpretation** zu entstehen:

> Gerade der Versuch, die Diagnose zu widerlegen, konnte als Beleg für die Diagnose gelesen werden.

Man muss hier zwangsläufig auch an das Rosenhan-Experiment aus dem Jahr 1973 denken. Rosenhan zeigte, wie stark psychiatrische Deutungsrahmen die Wahrnehmung einer Person bestimmen können: War das diagnostische Etikett erst einmal gesetzt, wurden selbst gewöhnliche Verhaltensweisen innerhalb dieses Rahmens pathologisch interpretiert. Der vorliegende Fall ist jedoch keine Wiederholung dieses Experiments. Der Autor täuschte keine Symptome vor, sondern suchte mit umfangreicher biografischer, psychometrischer und dokumentarischer Evidenz eine möglichst zutreffende diagnostische Einordnung. Auch geht es hier nicht um eine fälschliche psychiatrische Diagnose bei einem gesunden Menschen, sondern um die mögliche Verweigerung einer Diagnose trotz erheblicher positiver Evidenz. Die strukturelle Nähe liegt dennoch in der Macht des einmal etablierten Interpretationsrahmens: Nachdem das Verhalten des Autors als Ausdruck von ADHS, Dysthymie oder narzisstischer Akzentuierung gelesen worden war, konnten Direktheit, Widerspruch, systematische Dokumentation und selbst die Kritik an der Diagnostik innerhalb dieses Rahmens gegen ihn ausgelegt werden. Rosenhans Studie ist heute selbst wegen erheblicher Zweifel an ihrer dokumentarischen Zuverlässigkeit umstritten; die von ihr aufgeworfene Frage bleibt jedoch bestehen: In welchem Maß erkennt psychiatrische Diagnostik eine Person – und in welchem Maß erzeugt ihr Deutungsrahmen erst das Bild, das sie anschließend zu bestätigen glaubt?

Ein asymmetrisches Deutungssystem

In einem offenen diagnostischen Verfahren müsste ein Einwand grundsätzlich zwei mögliche Bedeutungen besitzen.

Er kann Ausdruck mangelnder Einsicht, starker emotionaler Beteiligung oder eines festgelegten Diagnosewunsches sein.

Er kann aber auch darauf hinweisen, dass die diagnostische Interpretation fehlerhaft, unvollständig oder missverständlich ist.

Beide Möglichkeiten müssten geprüft werden.

Ein selbstversiegelndes Deutungssystem verliert diese Offenheit. Es verfügt bereits über eine Erklärung dafür, weshalb die betroffene Person widerspricht. Der Widerspruch erreicht dann nicht mehr den Inhalt der Diagnose. Er wird innerhalb der Diagnose erklärt.

Dadurch entsteht eine erhebliche Machtasymmetrie.

Die Institution kann den Patienten interpretieren.

Der Patient kann die Institution kritisieren.

Seine Kritik wird jedoch erneut von jener Institution interpretiert, gegen deren Urteil sie sich richtet.

Wir sehen dies hoch problematisch bei vielen Berichten aus Ambulanzen, die klagen, dass Patient:innen auf eine Autismusdiagnose bestehen. Oft wird dies in Studien als unangemessenes Verhalten und als Beleg zitiert, man sorge als Ambulanz dafür, dass es nicht zu Überdiagnosen komme und stehe da in der Verantwortung.

Hier zeigt sich aber, dass wie die Humboldt viele dieser Diagnostikstellen keine objektive äußere Klärungsstelle anbieten, die eine dritte Perspektive ermöglichen, oder überhaupt die Einwände objektiv anhört.

Das ist bei einer für das Leben derart gravierenden und schwer zu bekommenden Diagnose wie Autismus nicht nachvollziehbar. Man kann das durchaus mit einem Gerichtsurteil vergleichen. Aber Gerichte haben höhere Instanzen, die Entscheidungen mit gravierenden Folgen überprüfen. Ambulanzen haben nur den Verweis auf die Zweitmeinung, die aber in der Realität für die Betroffenen oft unerreichbar ist.

Wenn sich nun die Ambulanzen gemeinsam darin einig sind, dass sich beschwerende und fordernde „Scheinautisten“ eine Unverschämtheit sind, sinkt die Schwelle zur leichtfertigen Verurteilung erneut. Dies führt dazu, dass Betroffene direkt oder indirekt, wissentlich oder unbewusst von den Diagnostikstellen stigmatisiert werden.

Hinzu kommt, dass was Autismus ist, bei weitem nicht so klar ist, wie es die Ambulanzen glauben machen. Die Definition der Grenzen unterliegt einem fließenden Prozess wissenschaftlicher Diskurse.

Auch wenn das Ambulanzen an den Rand der Dysfunktionalität bringen würde, dies zu berücksichtigten, entschuldigt das gerade nicht die vollständige Ausblendung dieser Problematik.

Das Problem der Unfalsifizierbarkeit

Eine wissenschaftliche Hypothese muss grundsätzlich durch entgegenstehende Evidenz korrigierbar bleiben. Das gilt auch für klinische Einschätzungen.

Wenn jedoch Zustimmung und Widerspruch gleichermaßen mit derselben Persönlichkeitsannahme vereinbar sind, verliert diese Annahme an Prüfbarkeit.

Akzeptiert die Person das Urteil, kann dies als Einsicht gelten. Akzeptiert sie es nicht, kann dies als Kränkbarkeit oder fehlende Einsicht gelten.

Erklärt sie ruhig, weshalb die Diagnose nicht passt, kann dies als intellektualisierte Abwehr gelesen werden. Reagiert sie emotional, kann dies die angenommene Persönlichkeitsproblematik bestätigen.

So entsteht ein Modell, das nahezu jede mögliche Reaktion aufnehmen kann.

Eine solche Flexibilität ist nicht automatisch ein Zeichen hoher Erklärungskraft. Sie kann anzeigen, dass die Interpretation gegen Widerlegung abgeschirmt wurde.

In einer aufgeheizten Debatte um den Zugang zur Diagnostik und deren Folgen, kann gerade dies die Position von Ambulanzen als politisch motiviert erscheinen lassen. Und das wäre nicht grundlegend falsch. Das Format der Humboldt basiert nicht allein auf wissenschaftlich-klinischer Erfordernis.

Der verschwundene Sachkonflikt

Im vorliegenden Fall bezog sich der Widerspruch des Autors auf konkrete Punkte:

- die fehlende erkennbare Prüfung der umfangreichen Langzeitevidenz;
- die Bewertung des Spezialinteresses;
- die Gewichtung hoher Screening- und Fremdbeurteilungswerte;
- die Grenzen des ADOS;
- die kurze Dauer der Untersuchung;
- die unklare Differenz zwischen privater und klinischer Einschätzung;
- und die Herleitung der narzisstischen Persönlichkeitsakzentuierung.
- Die Anwendung von ICD-10 statt 11.

Diese Einwände konnten richtig oder falsch sein. Sie waren jedoch sachlich prüfbar.

Sobald sie überwiegend als Ausdruck der Persönlichkeit des Autors gelesen wurden, verschob sich der Konflikt. Nicht mehr die diagnostische Begründung stand im Mittelpunkt. Erklärungsbedürftig wurde nun, weshalb der Autor die Begründung nicht akzeptierte. Damit konnte der Sachkonflikt in einen Einsichtskonflikt verwandelt werden.

Es ist auch zu Befürchten, dass sich die Humboldt ähnlich gegen diese Studie verteidigen wird. Es sei quasi ein Folge der Kränkung des Autors. Nur, dass diese bereits angekündigt wurde, bevor er das Diagnoseergebnis erhielt.

Die doppelte Bindung

Für den Autor entstand daraus eine Situation, in der kaum eine Reaktion sicher war. Schwieg er, blieb der Befund bestehen. Widersprach er, konnte der Widerspruch gegen ihn verwendet werden. Erklärte

er ausführlicher, riskierte er, als kontrollierend, selbstbezogen oder grandios zu erscheinen. Zog er sich zurück, blieb seine Evidenz ungeprüft.

Eine solche Struktur ähnelt einer doppelten Bindung:

> Die Person soll sich an der Diagnostik beteiligen und relevante Informationen einbringen. Wird ihre Beteiligung jedoch zu beharrlich oder stellt sie die klinische Autorität infrage, kann gerade diese Beteiligung pathologisiert werden.

Damit wird das Recht auf Korrektur formal erhalten, praktisch aber entwertet.

Vor diesem Hintergrund ist die dunkle Geschichte der Psychiatrie, um die **Pathologisierung von Dissens**, nicht zu übersehen.

Selbstschutz der Institution

Eine selbstversiegelnde Interpretation schützt nicht nur die Diagnose. Sie kann auch die Institution schützen.

Muss der Widerspruch sachlich geprüft werden, öffnet sich der Befund erneut. Notizen, Gewichtungen, mögliche Missverständnisse und Verfahrensgrenzen müssten überprüft werden.

Wird der Widerspruch dagegen als Persönlichkeitsausdruck verstanden, bleibt das Urteil geschlossen.

Die Ursache des Konflikts liegt dann nicht in der Qualität der Diagnostik, sondern in der mangelnden Akzeptanzfähigkeit der untersuchten Person.

Diese Verschiebung kann unbewusst erfolgen. Es muss keine bewusste Absicht bestehen, Kritik abzuwehren. Dennoch besitzt die Struktur eine institutionelle Funktion: Sie verlagert den Erklärungsbedarf von der Entscheidung auf denjenigen, der sie bestreitet.

Im dokumentierten Fall ist diese Gefahr besonders relevant, weil die Ambulanz und ihre Leitung bereits vor Beginn der Diagnostik Gegenstand der Kritik, der Klage und der veröffentlichten Forschung des Autors waren. Die klinische Beurteilung und die institutionelle Abwehr konnten daher kaum vollständig voneinander getrennt werden.

Die notwendige Trennung von Einwand und Symptom

Eine wissenschaftlich und ethisch verantwortliche Diagnostik müsste deshalb methodisch zwischen zwei Ebenen unterscheiden:

> Was sagt der Patient über die Diagnose?

und:

> Was zeigt seine Art des Widerspruchs möglicherweise über seine psychische Struktur?

Die zweite Frage darf erst nach einer ernsthaften Prüfung der ersten gestellt werden.

Andernfalls wird ein möglicher diagnostischer Fehler durch die Reaktion auf diesen Fehler stabilisiert.

Besonders bei Persönlichkeitsdiagnosen müsste dokumentiert werden:

- welcher konkrete Einwand sachlich geprüft wurde;
- wie darauf geantwortet wurde;
- welche Korrekturen vorgenommen wurden;
- und weshalb die verbleibende Reaktion dennoch als persönlichkeitsbezogen interpretiert wurde.

Ohne diese Trennung besteht die Gefahr eines geschlossenen Kreises.

Die zentrale Grenze

Der Autor hatte kein Recht auf die von ihm erwartete Diagnose.

Er hatte jedoch ein Recht darauf, dass sein Widerspruch nicht allein deshalb entwertet wurde, weil er widersprach.

Eine Diagnose darf nicht dadurch wahr werden, dass die betroffene Person sich gegen sie verteidigt.

Der entscheidende Prüfstein lautet daher:

> Könnte die Institution aufgrund der vorgebrachten Einwände grundsätzlich zu einem anderen Ergebnis gelangen?

Ist dies real möglich, bleibt die Diagnostik offen. Das ist auch juristisch klar. Sowie wissenschaftlich.

16. Befangenheit, institutioneller Selbstschutz und epistemische Konkurrenz

Der untersuchte Fall begann nicht in einem neutralen klinischen Verhältnis.

Der Autor hatte die Hochschulambulanz zuvor verklagt, ihre Vergabepraxis öffentlich kritisiert, eine umfangreiche Studie über den Diagnostiknotstand veröffentlicht und die Leitung der Ambulanz sowie die Universitätsleitung direkt angeschrieben. Es drohte sogar eine Ermittlung der Staatsanwaltschaft. Die Institution wusste zudem, dass ihr weiteres Verhalten wissenschaftlich dokumentiert werden sollte. Dennoch wurde die Diagnostik innerhalb genau jener Ambulanz durchgeführt, die zugleich Gegenstand der Kritik war.

Das verwunderte zu Beginn auch den Autor. Es war klar, dass die Ambulanz sich damit eines massiven Risikos aussetzte. Der Autor hatte schlicht keine Wahl, als das Angebot anzunehmen.

Diese Konstellation beweist weder eine bewusst fehlerhafte Diagnose noch eine gezielte Vergeltung. Sie erzeugte jedoch einen offensichtlichen Konflikt zwischen klinischer Aufgabe und institutionellem Eigeninteresse.

Die Ambulanz sollte einerseits offen prüfen, ob die Autismus-Hypothese des Autors zutraf.

Andererseits musste sie sich gegenüber einem Kläger und öffentlichen Kritiker verhalten, der ihr strukturelles Versagen, mögliche Gesundheitsschädigungen und politische Verantwortung vorwarf.

Damit trafen Patient und Institution nicht als unbelastete Beteiligte aufeinander.

Befangenheit als Verfahrensrisiko

Befangenheit muss nicht erst dort beginnen, wo einer Person eine bewusste Manipulation nachgewiesen werden kann.

Für die wissenschaftliche Bewertung ist zunächst entscheidend, ob Umstände vorlagen, die eine unvoreingenommene Beurteilung gefährden oder bei einer vernünftigen außenstehenden Person Zweifel an ihrer Unabhängigkeit erzeugen konnten.

Solche Umstände bestanden hier:

- Die Ambulanz war unmittelbar kritisiert und verklagt worden.
- Die Leitung kannte den Autor und seine vorausgehende Studie.
- Zumindest eine Diagnostikerin war vor dem ersten Gespräch über die Klage informiert.
- Es blieb unklar, welche weiteren Informationen intern weitergegeben worden waren.
- Die Leitung der kritisierten Ambulanz war Mitunterzeichnerin des späteren Befundberichts. Sie saß vermutlich auch in der Teamsitzung in dem entschieden wurde.
- Das diagnostische Ergebnis konnte zugleich Bedeutung für die Glaubwürdigkeit der vorausgehenden Kritik besitzen.

Ein positiver Autismusbefund hätte die Studie des Autors und seine Kritik nicht automatisch bestätigt. Er hätte jedoch die Möglichkeit gestärkt, dass eine tatsächlich autistische Person über Jahre durch das von ihr kritisierte Versorgungssystem ausgeschlossen und gesundheitlich geschädigt worden war.

Ein negativer Befund konnte dagegen indirekt die institutionelle Position entlasten. Der schärfste Kritiker der Ambulanz wäre dann aus ihrer Sicht nicht der von ihm behauptete autistische Betroffene, sondern eine Person mit anderen psychischen und persönlichkeitsbezogenen Problemen.

Gerade deshalb hätte die Unabhängigkeit des Verfahrens besonders sorgfältig geschützt werden müssen. Denn was nun eintrat, war ein Desaster für die Humboldt. Sie hatte einen Kritiker mit den Mitteln der psychiatrischen Diagnose entwertet, was nicht ohne Folgen für die Inhalte seiner Kritik bleiben konnte.

Nach der dokumentierten Struktur vermittelte die Humboldt nicht ausschließlich an die eigene Ambulanz, sondern koordinierte auch Zugänge zu weiteren diagnostischen Stellen. Es hätte daher zumindest geprüft werden können, ob der Autor zur Vermeidung eines Interessenkonflikts an eine andere Einrichtung weitergeleitet werden sollte.

Ob eine solche Prüfung stattfand, ist nicht bekannt.

Das Schweigen stellte keine Neutralität her. Es entzog dem Autor vielmehr die Möglichkeit, die Bedingungen seiner Untersuchung realistisch einzuschätzen.

Er konnte auch nicht in die Methodik eingreifen, sprich Einspruch bei ADOS erheben, weil er ja sozusagen dankbar sein musste, überhaupt diagnostiziert zu werden. Das ist ein massives Problem.

Der institutionelle Beobachtereffekt

Im vorliegenden Fall war die Situation durch ein erhebliches Machtgefälle geprägt. Die Ambulanz verfügte über den kaum erreichbaren Diagnostikplatz, die klinische Autorität und die Möglichkeit, einen rechtlich wirksamen Befund zu erzeugen. Der Autor war auf diese Entscheidung angewiesen, obwohl er dieselbe Institution zuvor öffentlich angegriffen hatte.

Seine Anspannung war deshalb nicht unabhängig von der institutionellen Vorgeschichte. Hier Ängste zu zeigen, wäre durchaus eine normale Reaktion gewesen.

Die Diagnostik hätte fragen müssen:

> Welche beobachteten Reaktionen gehören zur langfristigen Persönlichkeits- oder Funktionsstruktur, und welche wurden durch den konkreten Konfliktraum hervorgerufen?

Diese Unterscheidung wurde im Befund nicht sichtbar vorgenommen.

Dadurch entstand das Risiko, institutionell erzeugte Reaktionen zu individualisieren.

Die Institution produzierte Unsicherheit. Der Patient erschien misstrauisch. Die Institution ließ ihre Kenntnislage im Unklaren. Der Patient versuchte, die Situation zu kontrollieren. Die Institution reagierte kaum auf seine Einwände. Der Patient erklärte ausführlicher und beharrlicher. Jede Seite beeinflusste damit die andere. Diagnostisch bewertet wurde jedoch vor allem eine Seite.

Klinische Beziehung oder institutionelle Gegenposition?

Das Verhältnis veränderte sich spätestens im Rückmeldegespräch.

Der Autor war dort nicht nur Patient, der ein belastendes Ergebnis erhielt. Er trat zugleich wieder als Kritiker der Methodik und der Institution auf. Die Diagnostikerinnen mussten nicht nur ein Urteil erläutern, sondern faktisch auch die Ambulanz und ihr Verfahren verteidigen. Damit entstand ein Rollenwechsel.

Die klinische Aufgabe hätte darin bestanden:

- das Ergebnis nachvollziehbar zu erklären;
- die emotionale Reaktion aufzufangen;
- Unsicherheiten offenzulegen;
- Missverständnisse zu prüfen;
- und weitere Versorgungsschritte zu klären.

Die institutionelle Aufgabe bestand dagegen darin:

- die Gültigkeit des Verfahrens zu verteidigen;
- die bereits getroffene Entscheidung zu stabilisieren;
- und auf die Kritik des Autors zu reagieren.

Beide Aufgaben konnten miteinander kollidieren.

Nach der Dokumentation erlebte der Autor die Diagnostikerinnen zunehmend nicht mehr als Behandlerinnen, sondern als Vertreterinnen einer Institution, gegen die er sich verteidigen musste. Die Bemerkung, er könne sich schließlich beschweren, verstärkte diesen Eindruck. Sie verwies formal auf ein Rechtsmittel, ohne den inhaltlichen Konflikt im Gespräch zu bearbeiten.

Der Patient wurde damit faktisch zum Gegenüber der Institution.

Gerade in dem Moment, in dem er aufgrund des negativen Befunds besonders vulnerabel war, verlor die klinische Beziehung ihre Schutzfunktion vollständig. Man ließ den Autor wutentbrannt den Raum verlassen, wozu man ihn gedrängt hatte, weil man ja den Termin zeitlich einschränkte und mit keinem Wort auf seine Kritik einging.

Institutioneller Selbstschutz

Institutionen besitzen ein legitimes Interesse daran, ihre Mitarbeitenden, Abläufe und fachlichen Entscheidungen gegen unbegründete Angriffe zu schützen. Institutioneller Selbstschutz ist daher nicht grundsätzlich illegitim.

Er wird problematisch, wenn er unbemerkt in ein klinisches Urteil eingeht oder verhindert, dass dieses Urteil nachträglich geöffnet werden kann.

Im vorliegenden Fall musste die Ambulanz mit einer ungewöhnlich scharfen Kritik umgehen. Der Autor hatte ihr nicht bloß organisatorische Fehler vorgeworfen, sondern schwere Gesundheitsschädigungen, politische Verschleierung und eine mögliche Mitverantwortung für Todesfälle.

Eine solche Kritik erzeugt beinahe zwangsläufig Abwehr.

Menschen und Institutionen verteidigen ihr Selbstbild, ihre fachliche Integrität und ihre öffentliche Legitimität. Genau so verhielt sich auch die ältere Diagnostikerin im Gespräch.

Die wissenschaftliche Frage lautet daher nicht, ob irgendeine Form von Abwehr wahrscheinlich war. Sie lautet:

> Welche Vorkehrungen verhinderten, dass diese Abwehr die diagnostische Wahrnehmung beeinflusste?

Gerade dazu finden sich im dokumentierten Verfahren keine erkennbaren Sicherungen. Wenn sie dort gewesen wären, haben sie offensichtlich nicht funktioniert. Der Autor ging traumatisiert aus der Ambulanz.

Epistemische Konkurrenz

Der Konflikt war nicht nur persönlich und institutionell. Er besaß auch eine wissenschaftliche Ebene.

Der Autor vertrat in seinen Arbeiten ein Autismusmodell (Critical Autism Studies), das stärker auf folgende Aspekte ausgerichtet war:

- subjektives Erleben;
- Masking;
- Monotropismus;
- unterschiedliche Relevanzordnungen;
- langfristige Bindungsformen;
- institutionell produzierte Behinderung;
- und die epistemische Kompetenz autistischer Menschen.

Die klinische Diagnostik schien dagegen stärker auf klassische Kernbereiche, beobachtbare soziale Interaktion, standardisierte Verfahren und etablierte differenzialdiagnostische Kategorien ausgerichtet zu sein.

Damit standen nicht nur zwei Einschätzungen eines Einzelfalls gegeneinander. Es trafen zwei Formen der Wissensproduktion aufeinander.

Die eine ging primär von der klinischen Beobachtung und institutionell etablierten Klassifikation aus. Die andere ging von der Lebensgeschichte, der Innenperspektive und der langfristigen Morphologie des Falles aus.

Diese epistemische Konkurrenz erhöhte das Risiko, dass der Autor nicht als möglicher fachlicher Gesprächspartner, sondern als Patient mit einer überwertigen Eigentheorie wahrgenommen wurde.

Seine Expertise konnte gerade deshalb entwertet werden, weil sie die Grundlagen des klinischen Modells infrage stellte. Das jeweilige Fachwissen kam aus unterschiedlichen Disziplinen. Dem klinischen Modell und den Criticial Autism Studies.

Der Konflikt zwischen Rollen

Die Rollen des Autors waren kaum miteinander vereinbar. Als Patient sollte er offen, verletzlich und kooperativ sein. Als Kläger musste er auf mögliche Verfahrensfehler achten. Als Forscher beobachtete er das institutionelle Verhalten. Als Aktivist wollte er strukturelle Schäden sichtbar machen. Als Autor verteidigte er die wissenschaftliche Relevanz seines Werkes.

Jede dieser Rollen war im konkreten Zusammenhang nachvollziehbar. In ihrer Verbindung erzeugten sie jedoch ein Verhalten, das in einer gewöhnlichen klinischen Situation ungewöhnlich wirken musste.

Auch die Ambulanz besaß mehrere Rollen:

- diagnostische Einrichtung;
- wissenschaftliche Institution;
- kritisierte Organisation;
- politische Akteurin im Versorgungssystem;
- mögliche Prozessgegnerin;
- und Produzentin eines später rechtlich relevanten Befunds.

Der Fall war deshalb strukturell überladen. Eine sorgfältige institutionelle Reaktion hätte diese Rollen getrennt. Stattdessen wurden sie in einem einzigen Verfahren zusammengeführt.

Die Diagnose als möglicher Entlastungsakt

Es lässt sich nicht belegen, dass das negative Ergebnis der institutionellen Entlastung dienen sollte. Es lässt sich jedoch analysieren, welche entlastende Wirkung es besaß.

Wenn der Autor als Autist anerkannt worden wäre, hätte dies seine vorausgehende Darstellung gestützt, als autistischer Mensch durch den Diagnostiknotstand und weitere Institutionen geschädigt worden zu sein.

Mit dem Ausschluss von Autismus verlagerte sich der Interpretationsrahmen.

Die Auseinandersetzung konnte nun stärker als Konflikt eines nicht autistischen, möglicherweise narzisstisch akzentuierten Patienten mit einer fachlich handelnden Institution erscheinen.

Die Institution musste ihre eigene Rolle dadurch nicht notwendig neu bewerten.

Die Störung lag wieder stärker bei der Person.

Diese Wirkung beweist keine Absicht.

Sie zeigt jedoch, weshalb ein unabhängiges Verfahren notwendig gewesen wäre.

Wo das diagnostische Ergebnis zugleich die Institution entlastet, die es erzeugt, muss die Möglichkeit struktureller Selbstbegünstigung besonders ernst genommen werden.

Frau Prof. Dziobek und die Leitung der Humboldt versagten hier offenbar komplett und zeigten einen fahrlässig erscheinenden Umgang mit dem ganzen Verfahren. Sie setzten nicht nur den Ruf der Universität aufs Spiel, sondern auch die Gesundheit des Autors.

Vertrauen als methodische Voraussetzung

Diagnostik ist auf Vertrauen angewiesen. Die untersuchte Person muss intime Erfahrungen mitteilen, Widersprüche offenlegen und auch solche Informationen preisgeben, die gegen ihre eigene Hypothese sprechen könnten.

Dieses Vertrauen setzt voraus, dass sie die Diagnostiker:innen als hinreichend unabhängig erlebt. Im vorliegenden Fall war diese Voraussetzung von Beginn an geschwächt.

Der Autor wusste nicht, wer was über ihn wusste. Er wusste nicht, wie seine Klage intern dargestellt worden war. Er wusste nicht, welche Rolle die Ambulanzleitung in der Fallbesprechung spielte. Er wusste nicht, ob seine Kritik als fachlicher Einwand oder als Hinweis auf seine Persönlichkeit gelesen wurde.

Die Institution hätte diese Unsicherheit durch Transparenz reduzieren können. Da sie dies nicht tat, wurde Misstrauen zu einem rationalen Bestandteil der Situation. Es wäre deshalb methodisch verkürzt, die fehlende Vertrauensfähigkeit allein dem Patienten zuzuschreiben.

Befangenheit muss nicht bewiesen werden, um relevant zu sein

Für die Argumentation dieser Studie ist es nicht notwendig, eine tatsächliche bewusste Befangenheit festzustellen.

Die stärkere und besser belegbare Aussage lautet:

> Das Verfahren wies ein erhebliches und vorhersehbares Befangenheitsrisiko auf, ohne dass transparente Schutzmaßnahmen gegen dieses Risiko erkennbar wurden.

Dies genügt, um die Aussagekraft des Ergebnisses kritisch zu prüfen.

Denn wissenschaftliche Verlässlichkeit beruht nicht allein auf der inneren Redlichkeit der beteiligten Personen. Sie beruht auch auf Verfahrensstrukturen, die mögliche Verzerrungen begrenzen.

Eine Institution darf nicht erwarten, dass Betroffene einfach darauf vertrauen, niemand habe sich beeinflussen lassen. Sie muss zeigen, wie Unabhängigkeit hergestellt wurde.

Das hat die Humboldt nicht getan.

Die zentrale ethische Unterlassung

Die zentrale Unterlassung lag daher nicht notwendig in einer nachweisbaren Manipulation des Befunds.

Sie lag bereits davor:

- Der Konflikt wurde nicht offen gelegt.
- Die interne Kenntnislage blieb intransparent.
- Eine unabhängige Weitervermittlung wurde nicht erkennbar geprüft.
- Die Rollen der Ambulanzleitung wurden nicht geklärt.
- Der institutionelle Kontext wurde bei der Bewertung des Verhaltens nicht sichtbar berücksichtigt.
- Und für eine unabhängige Überprüfung des Ergebnisses existierte kein unmittelbar zugänglicher Weg.

Dadurch wurde ein Verfahren durchgeführt, dessen Ergebnis unabhängig von seiner inhaltlichen Richtigkeit vorhersehbar unter dem Verdacht institutioneller Abwehr stehen musste.

Das schadete nicht nur dem Autor.

Es schadete auch der Glaubwürdigkeit der Diagnostik. Sowie der Reputation der Humboldt-Ambulanz, möglicherweise der Humboldt-Universität selbst.

Das Handeln der Leitung verwundert auch deswegen, weil der Autor eine zweite Studie bereits im Vorlauf ankündigte, um die Reaktionen auf die erste Studie zu messen.

Man wusste, um das Bild zu überspitzen, dass der Testesser von Michelin (Narzissmus) ins Restaurant kommt, behandelte diesen aber wie einen unverschämten Gast, dem man aus Gleichgültigkeit die selben kalten Nudeln servierte, wie allen anderen auch.

Dies zeugt auch davon, dass man die Arbeit des Autors nicht ernst nahm. Man nahm ihn als Forscher nicht ernst. Warum also hätte man seine Unterlagen in Bezug auf die Diagnostik lesen sollen?

Auch antworteten weder Prof. Dziobek, noch die Präsidentin von Blumenthal auf die Mails des Autors, obwohl massive ethische Missstände um die Ambulanz und das Losverfahren darin erklärt wurden, welche unter Umständen hätten zu Todesfällen führen können.

Warum reagierte weder die Leitung der Universität, noch die der Ambulanz auf die Vorwürfe, lud aber dann den Autor stattdessen zur Diagnostik ein?

Der Kern des Problems

Der Fall erlaubt keine sichere Behauptung, dass die Ambulanz aus Rache, Abwehr oder institutionellem Selbstschutz eine negative Diagnose erzeugte.

Er erlaubt jedoch eine klarere Feststellung:

> Eine Institution diagnostizierte ihren eigenen öffentlichen Kritiker, ohne den bestehenden Konflikt transparent zu machen und ohne die diagnostische Entscheidung sichtbar von den eigenen institutionellen Interessen zu trennen.

Damit wurde ein vermeidbares Glaubwürdigkeitsproblem geschaffen.

Die Ambulanz beanspruchte, den Autor klinisch zu beurteilen. Zugleich blieb ungeklärt, in welchem Umfang sie ihn bereits als Gegner, Kläger und Gefährdung ihrer öffentlichen Legitimität wahrnahm.

Genau deshalb kann das diagnostische Ergebnis nicht sinnvoll untersucht werden, ohne die institutionelle Vorgeschichte mitzudenken.

Das folgende Kapitel wendet sich den Folgen dieses Verhältnisses im Rückmeldegespräch zu. Dort verdichteten sich klinische Entscheidung, institutionelle Abwehr und kommunikative Macht zu einer Situation, die der Autor als Gaslighting und als tiefgreifende Erschütterung seiner eigenen Wahrnehmung erlebte. Dies hatte hohes Traumatisierungspotenzial, weil es ihm nicht zum ersten Mal passierte.

17. Gaslighting und epistemische Destabilisierung im Rückmeldegespräch

Im Rückmeldegespräch verdichteten sich mehrere bereits zuvor bestehende Probleme: die institutionelle Vorgeschichte, die intransparente Kenntnislage, die fehlende Nachvollziehbarkeit der Gesamtschau, die angedeutete private Abweichung der Diagnostikerin und die persönlichkeitsbezogene Interpretation des Widerspruchs.

Der Autor erlebte diese Kommunikationssituation als Gaslighting.

Damit ist hier nicht vorschnell behauptet, die Diagnostikerinnen hätten bewusst und planmäßig versucht, ihn an seinem Verstand zweifeln zu lassen. Der Begriff bezeichnet zunächst die konkrete Wirkung einer Kommunikation, in der die Wahrnehmung einer Person fortlaufend erschüttert wird, ohne dass die erzeugten Widersprüche transparent aufgelöst werden.

Für den Autor bestand die Destabilisierung insbesondere darin, dass mehrere Botschaften gleichzeitig wirksam wurden:

- Die Diagnostik sei neutral, obwohl die Institution die Klage und die vorausgehende Kritik kannte. Diese war für die Humboldt durchaus bedrohlich.
- Alle Informationen seien in einer Gesamtschau berücksichtigt worden, obwohl unklar blieb, welche Materialien tatsächlich gelesen und integriert worden waren.
- Die Diagnostikerin deutete eine private Abweichung an, sprach sie aber nicht klar aus.
- Die wissenschaftlichen Grenzen des Verfahrens wurden eingeräumt, ohne das Ergebnis entsprechend einzuschränken.
- Der Autor durfte widersprechen, erhielt auf zentrale Einwände jedoch keine nachvollziehbare inhaltliche Antwort.
- Zugleich konnte sein Widerspruch in ein persönlichkeitsbezogenes Deutungsmodell eingehen.

Damit entstand keine gewöhnliche fachliche Meinungsverschiedenheit. Es entstand ein Kommunikationsraum, in dem der Autor nicht mehr sicher erkennen konnte, welche Ebene der Aussagen gelten sollte.

„Privat sehe ich das anders“

Besonders destabiliserend war nach seiner Erinnerung die wiederholte Andeutung der älteren Diagnostikerin, bestimmte Fragen privat anders zu beurteilen, klinisch jedoch an Vorgaben gebunden zu sein.

Eine solche Äußerung kann zunächst entlastend wirken. Sie signalisiert möglicherweise Verständnis und macht sichtbar, dass auch Fachpersonen die Grenzen diagnostischer Systeme erkennen.

Im konkreten Fall erzeugte sie jedoch zusätzliche Ungewissheit.

Wenn die Diagnostikerin privat anders dachte, stellte sich unmittelbar die Frage:

- Worauf bezog sich diese Abweichung?
- Hielt sie Autismus trotz des Befunds für möglich?
- Kritisierte sie nur einzelne Kriterien?
- War sie mit dem Ergebnis der Fallkonferenz nicht vollständig einverstanden?
- Oder wollte sie lediglich Empathie zeigen, ohne die Entscheidung infrage zu stellen?

Da die private Position nicht ausgesprochen wurde, konnte sie weder verstanden noch überprüft werden. Sie blieb als Andeutung im Raum und verstärkte gerade dadurch den Widerspruch zwischen fachlicher Unsicherheit und institutioneller Eindeutigkeit.

Der Autor erhielt die Botschaft, möglicherweise richtig wahrzunehmen, dass etwas am Ergebnis nicht stimmte. Gleichzeitig wurde ihm jede Möglichkeit entzogen, diese Wahrnehmung zu objektivieren.

Die Nichtreaktion als kommunikative Handlung

Gaslightingartige Wirkungen entstehen nicht nur durch ausdrücklich falsche Aussagen. Auch systematische Nichtreaktion kann die Wahrnehmung einer Person destabilisieren.

Der Autor brachte im Rückmeldegespräch konkrete Einwände vor:

- die fast dreißigjährige Werkbindung;
- die hohen Screeningwerte;
- die Grenzen des ADOS;
- Masking und Kompensation;
- die kurze Dauer des Verfahrens;
- die fehlende erkennbare Prüfung seiner Materialien;
- und die fragliche Herleitung der narzisstischen Persönlichkeitsakzentuierung, die dann auch noch im Befund irritierend wie eine vollständige narzisstische Persönlichkeitsstörung dargestellt wurde.

Nach seiner Dokumentation reagierten die Diagnostikerinnen darauf überwiegend nicht mit einem nachvollziehbaren Modellvergleich. Stattdessen wurde auf die Gesamtschau, die geltenden Kriterien und die Möglichkeit einer Beschwerde verwiesen.

Für die Fachpersonen konnte dies bedeuten, dass die Entscheidung bereits abgeschlossen war und das Rückmeldegespräch nicht zur erneuten Diagnostik dienen sollte.

Für den Autor bedeutete es jedoch, dass seine Einwände weder ausdrücklich widerlegt noch als berechtigt anerkannt wurden.

Er sprach.

Die Institution antwortete nicht auf derselben Ebene.

Damit entstand eine kommunikative Leerstelle. Der Autor wusste nicht, ob seine Argumente nicht verstanden, nicht geglaubt, nicht gelesen oder lediglich institutionell nicht zugelassen wurden.

Man kann sich vorstellen, wie so etwas wirkt, wenn man über Jahre auf einen Diagnosetermin warten muss und die Ambulanz einem dann die Türe vor der Nase zuschlägt und sich weigert, objektiv festgestellte Mängel zu korrigieren.

Das ist eine Form institutioneller Gewalt, die sprachlos macht.

„Dann beschweren Sie sich doch“

Besondere Bedeutung erhielt die sinngemäße beziehungsweise nach Erinnerung des Autors wörtliche Aufforderung die mehrmals in etwa lautete:

„Na, dann beschweren Sie sich doch. Das können Sie gerne tun."

Formal verweist eine solche Aussage auf ein legitimes Recht. Patient:innen dürfen sich über eine Diagnostik beschweren. Im konkreten Machtverhältnis konnte die Bemerkung jedoch anders wirken.

Die Diagnostikerin wusste, dass der Autor bereits umfangreiche Beschwerden, Klagen und politische Schritte unternommen hatte. Sie wusste oder konnte wissen, dass diese Verfahren über lange Zeit kaum zu materieller Klärung geführt hatten. Sie sprach aus der Position einer universitären Spezialambulanz, während der Autor sich in einem Zustand erheblicher Erschöpfung und existenzieller Abhängigkeit befand.

Die Aussage verwies daher auf eine formale Möglichkeit, deren praktische Begrenztheit Teil des vorausgehenden Konflikts war.

Sie konnte beim Autor als Hohn ankommen, im Sinne von:

> Sie können sich beschweren, aber wir wissen beide, wer in dieser Struktur die Macht besitzt.

Ob diese Wirkung beabsichtigt war, lässt sich nicht feststellen. Für die ethische Beurteilung ist jedoch auch die vorhersehbare Wirkung relevant.

Die Erschütterung der eigenen Wahrnehmung

Der Autor begann infolge der Kommunikation an seiner eigenen Wahrnehmung und seinem eigenen Verstand zu zweifeln.

Diese Reaktion ist im Kontext der vier Realitäten verständlich.

Seine Lebensgeschichte sprach für ihn weiterhin deutlich für Autismus.

Die wissenschaftliche Forschung ließ die Möglichkeit eines falsch-negativen Ergebnisses offen.

Die Diagnostikerin deutete an, privat nicht vollständig mit der klinischen Ebene übereinzustimmen.

Der offizielle Befund erklärte dennoch eindeutig, Autismus liege nicht vor.

Gleichzeitig wurde die wissenschaftliche Kompetenz des Autors nicht sichtbar anerkannt, und sein Beharren konnte als Ausdruck einer Persönlichkeitsproblematik gelesen werden.

Er musste daher nicht nur entscheiden, welche Diagnose richtig war.

Er musste entscheiden, ob seine gesamte Fähigkeit zur Selbstbeobachtung, wissenschaftlichen Prüfung und Interpretation des eigenen Lebens unzuverlässig geworden war.

Genau darin lag die epistemische Destabilisierung, mit der er allein zurückgelassen wurde.

Patient, Kritiker oder Gegner?

Das Rückmeldegespräch hätte ein klinischer Schutzraum sein müssen, in dem ein potenziell stark belastendes Ergebnis erklärt und aufgefangen wird.

Tatsächlich vermischten sich mindestens drei Rollen:

- Der Autor war Patient.
- Er war Kritiker des diagnostischen Ergebnisses.
- Er war öffentlicher Gegner der Institution.

Auch die Diagnostikerinnen wechselten zwischen Rollen:

- Sie übermittelten einen klinischen Befund.
- Sie verteidigten die Methodik.
- Sie repräsentierten eine zuvor kritisierte Institution.

Je stärker der Autor das Ergebnis angriff, desto mehr trat die institutionelle Verteidigung in den Vordergrund.

Damit drohte seine Patientenrolle zu verschwinden. Ebenfalls die Schutzpflicht der Ambulanz.

Er wurde nicht mehr nur als vulnerabler Mensch behandelt, dem eine existenziell bedeutsame Diagnose verweigert wurde. Er erschien zunehmend als jemand, der die Autorität der Ambulanz infrage stellte und dessen Angriffe abgewehrt werden mussten.

Die Institution sah den Gegner.

Der Patient blieb mit der Verletzung zurück.

Verletzung in einem hoch vulnerablen Moment

Eine negative Autismusdiagnose kann für Betroffene außerordentlich belastend sein, besonders wenn sie nach langer Selbstklärung, jahrelanger Zugangssuche und unter erheblichem gesundheitlichem Druck erfolgt.

Das bedeutet nicht, dass Ambulanzen eine Diagnose vergeben müssten, um Krisen zu vermeiden. Es bedeutet jedoch, dass sie die absehbaren Folgen ihrer Kommunikation ernst nehmen müssen.

Im vorliegenden Fall waren mehrere Vulnerabilitätsfaktoren bekannt:

- schwere Erschöpfung;
- langjährige soziale und materielle Krise;
- hohe existenzielle Bedeutung der Diagnose;
- laufende rechtliche Verfahren;
- extreme Knappheit weiterer Diagnostikmöglichkeiten;
- und ein bereits eskalierter institutioneller Konflikt.

Gerade unter diesen Bedingungen hätte das Rückmeldegespräch besondere Sorgfalt verlangt:

- ausreichende Zeit;

- klare Trennung von gesichertem Ergebnis und verbleibender Unsicherheit;
- konkrete Beantwortung zentraler Einwände;
- eine belastbare Empfehlung für weitere Schritte;
- und eine Auffangstruktur für mögliche Krisen.

Nach der dokumentierten Erfahrung des Autors geschah dies nicht in ausreichendem Maß. Darüber hinaus schien es nach dieser Erfahrung undenkbar die Ambulanz um Hilfe zu bitten. Wenn nur noch der Täter als Hilfestelle bleibt, und es sich dabei um den Staat, also um eine staatliche Einrichtung handelt, dann erschüttert das den Bezug zur Welt und das Vertrauen in diesen.

Das fehlende Auffangen

Die Ambulanz produzierte einen Befund mit weitreichenden Folgen, ohne eine gleichwertige Struktur für den Umgang mit diesen Folgen bereitzustellen. Dem Autor, nachdem er wutentbrannt aus der Ambulanz lief, hinterher zu rufen: *„Wenn Sie fragen haben, rufen Sie uns an“*, wirkte in dieser Situation wenig glaubwürdig, da man ja so oder so nichts ändern wollte. Man hätte nur den Autor erneut verletzt.

Somit war der Zugang zu Hilfe von der Ambulanz selbst blockiert worden.

Es gab nach der Darstellung des Autors:

- keine unmittelbar zugängliche unabhängige Zweitprüfung;
- keine erkennbare Krisennachsorge;
- keine tragfähige alternative Erklärung seiner gesamten Lebensstruktur;
- keine konkrete Antwort auf die weiterhin bestehenden Funktionsprobleme;
- und keine erkennbare Übernahme von Verantwortung für die Destabilisierung im Gespräch.

Der Autor wurde mit einer neuen institutionellen Beschreibung entlassen:

nicht autistisch, dysthym und narzisstisch akzentuiert.

Sein Erleben blieb jedoch bestehen. Die Überforderung blieb. Die Werkbindung blieb.

Die sozialen und beruflichen Probleme blieben.

Die diagnostische Erklärung, die diese Phänomene für ihn verbunden hatte, war institutionell entwertet worden, ohne durch ein gleichwertiges Modell ersetzt zu werden.

Gaslighting als Wirkung, nicht als unterstellte Absicht

Für die wissenschaftliche Darstellung ist eine klare begriffliche Grenze notwendig.

Nicht jede fehlerhafte Diagnose ist Gaslighting. Nicht jede ausweichende Antwort ist bewusste Manipulation. Nicht jede institutionelle Abwehr verfolgt das Ziel, eine Person psychisch zu destabilisieren.

Der Begriff ist hier dennoch berechtigt, wenn er als **erlebte und strukturell nachvollziehbare Wirkung** verwendet wird.

Gaslightingartig war die Kommunikation, weil sie:

- institutionelles Vorwissen zunächst unsichtbar machte;
- die eigene klinische Subjektivität nicht offenlegte;
- widersprüchliche Botschaften erzeugte;
- Zweifel andeutete, ohne sie aussprechbar zu machen;
- zentrale Wahrnehmungen des Autors weder bestätigte noch nachvollziehbar widerlegte;
- und seine Reaktion auf diese Unklarheit potenziell erneut pathologisierte.

Die Wirkung bestand darin, das Vertrauen des Autors in die eigene Wahrnehmung zu erschüttern.

Sie ließ ihn außerdem ohne jede Lösungsmöglichkeit in einem massiven Konflikt zurück.

Methodisch erzeugte Desorientierung

Der Fall legt nahe, dass diese Wirkung nicht nur aus dem Verhalten einzelner Diagnostikerinnen entstand. Sie konnte auch aus der Methodik des Systems resultieren.

Die Diagnostik verlangte Offenheit, hielt aber ihre eigene Erkenntnisproduktion geschlossen.

Sie erhob subjektive Daten, machte aber die klinische Interpretation unsichtbar. Sie benannte methodische Grenzen, kommunizierte aber ein eindeutiges Ergebnis. Sie erlaubte Widerspruch, ohne ein sichtbares Korrekturverfahren vorzusehen. Sie behandelte den Betroffenen als Patienten, bis er die institutionelle Entscheidung angriff, und danach zunehmend als Konfliktpartei.

Diese Struktur kann auch in anderen Ambulanzen auftreten, ohne dass einzelne Fachpersonen bewusst manipulativ handeln.

Das Gaslightingartige wäre dann nicht nur eine individuelle Kommunikationsstörung. Es wäre ein möglicher **Systemeffekt intransparenter und nicht partizipativer Diagnostik**.

Diese würde überall dort entstehen können, wo Autismus-Diagnostik strukturell versagt, aber mit großen Selbstbewusstsein eindeutige Ergebnisse behauptet werden.

Die ethische Grenze

Eine diagnostische Institution darf einem Menschen widersprechen. Sie darf seine Selbstdiagnose zurückweisen. Sie darf auch zu einem Ergebnis gelangen, das ihn tief enttäuscht.

Sie darf jedoch nicht die eigene methodische und institutionelle Begrenztheit so unsichtbar machen, dass die Person am Ende nur noch zwischen zwei Möglichkeiten wählen kann:

> Entweder die Institution irrt, obwohl sie alle Macht und Autorität besitzt.

oder:

Die gesamte eigene Wahrnehmung, Forschung und Lebensdeutung ist Ausdruck einer psychischen Fehlstruktur.

Zwischen diesen Polen hätte die Diagnostik einen Raum wissenschaftlicher Unsicherheit offenhalten müssen.

Genau dieser Raum fehlte.

Das ist nicht nur ein Problem der Humboldt-Ambulanz, sondern das betrifft sehr viele Diagnostikstellen.

Der Kern des ethischen Versagens

Das ethische Problem lag daher nicht allein im negativen Befund.

Es lag in der Verbindung aus:

- intransparenter institutioneller Vorgeschichte;
- nicht nachvollziehbarer Evidenzgewichtung;
- angedeuteter privater Abweichung;
- moralisch belasteter Alternativdeutung;
- fehlender inhaltlicher Reaktion auf Einwände;
- erheblichem Machtgefälle;
- und unzureichender Nachsorge.

Diese Verbindung verwandelte das Rückmeldegespräch von einer klinischen Aufklärungssituation in eine epistemische und institutionelle Konfrontation.

Der Autor wurde in einem hoch vulnerablen Moment nicht zuverlässig als Patient aufgefangen.

Er wurde mit einem Urteil konfrontiert, dessen Begründungsweg er trotz oder gerade wegen seines Wissens über Autismus nicht nachvollziehen konnte, und zugleich auf ein Beschwerdesystem verwiesen, dessen praktische Wirkungslosigkeit bereits Teil seiner vorausgehenden Forschung gewesen war.

Das folgende Kapitel erweitert diese Analyse über den Einzelfall hinaus. Zu prüfen ist, ob negative Autismus-Diagnostik unter Bedingungen von Ressourcenknappheit systematisch mehr behauptet, als ihre Methodik leisten kann – und ob aus einem begrenzten Erkennungsverfahren eine institutionelle Aussage über die Nichtexistenz von Autismus gemacht wird.

18. Wenn Ressourcenknappheit zur ontologischen Aussage wird

Die bisherige Analyse betraf die konkrete Entstehung eines negativen Befunds. Nun ist zu fragen, ob sich darin ein allgemeineres Problem der erwachsenen Autismus-Diagnostik zeigt.

Spezialambulanzen arbeiten unter erheblicher Ressourcenknappheit. Die Zahl der Anfragen übersteigt die verfügbaren Plätze bei Weitem. Diagnostische Verfahren müssen deshalb zeitlich begrenzt, standardisiert und organisatorisch handhabbar sein. Nicht jede Biografie kann in ihrer gesamten Tiefe

rekonstruiert, nicht jedes Material vollständig gelesen und nicht jede Unsicherheit durch weitere Termine aufgelöst werden.

Diese Begrenzung ist zunächst eine Tatsache des Versorgungssystems.

Das ethische Problem beginnt dort, wo aus der Grenze des Verfahrens eine Aussage über die Realität der Person gemacht wird.

Eine Ambulanz kann unter ihren konkreten Bedingungen feststellen:

> Die Kriterien für eine Autismusdiagnose konnten im vorliegenden Verfahren nicht mit ausreichender Sicherheit bestätigt werden.

Diese Aussage beschreibt die Reichweite der Untersuchung.

Etwas anderes ist die Aussage:

> Die Person ist nicht autistisch.

Dieser Satz beschreibt nicht mehr das Verfahren. Er beschreibt das Sein der untersuchten Person. Zwischen beiden Aussagen liegt ein methodisch und ethisch erheblicher Schritt.

Erkennbarkeit ist nicht Existenz

Diagnostische Verfahren erfassen nicht Autismus unmittelbar. Sie erfassen bestimmte Merkmale unter bestimmten Bedingungen und übersetzen diese anhand definierter Kriterien in eine diagnostische Entscheidung.

Die entscheidende Frage ist daher nicht nur, ob Autismus vorhanden ist.

Sie lautet auch:

> Ist dieser Autismus innerhalb des verwendeten Verfahrens erkennbar?

Diese beiden Fragen dürfen nicht miteinander verwechselt werden.

Ein autistisches Profil kann in einer kurzen, strukturierten Zweierinteraktion wenig sichtbar sein. Frühe Entwicklungsdaten können fehlen. Eine Person kann über Jahrzehnte soziale Kompetenzen erlernt, Symptome kompensiert und ihr Leben so organisiert haben, dass problematische Situationen vermieden werden. Komorbiditäten können das Bild überlagern. Der Inhalt eines Spezialinteresses kann gesellschaftlich gewöhnlich erscheinen, obwohl seine Bindungsform außergewöhnlich ist.

In solchen Fällen kann die diagnostische Erkennbarkeit reduziert sein, ohne dass damit über die Existenz des zugrunde liegenden Phänomens entschieden wäre.

Der Satz:

> „Wir haben es nicht hinreichend erkannt“

ist nicht identisch mit:

> „Es ist nicht vorhanden.“

Gerade diese Differenz droht in der klinischen Praxis zu verschwinden. Und das ist ein massives politisches und rechtliches Problem, weshalb die Autist:innen-Szene weltweit zu Recht auf die Barrikaden steigt und fragt, mit welchem Recht sich Kliniker:innen, meist neurotypisch, anmaßen, Neurodivergenz zu beurteilen, wenn sie dazu weder die nötigen Ressourcen noch fehlerfreie Methoden bereitstellen.

Der diagnostische Filter

Unter Ressourcenknappheit wird Diagnostik zwangsläufig zu einem Filter.

Sie filtert jedoch nicht ausschließlich Autismus.

Sie filtert auch:

- deutliche gegenüber subtilen Profilen;
- leicht beobachtbare gegenüber stark kompensierten Merkmalen;
- gut dokumentierte gegenüber lückenhaften Entwicklungsverläufen;
- standardisierbare gegenüber biografisch komplexen Erscheinungsformen;
- und institutionell vertraute gegenüber ungewöhnlichen Formen autistischer Lebensorganisation.

Damit selektiert das Verfahren nicht nur danach, wer autistisch ist.

Es selektiert danach, **wer unter seinen Bedingungen hinreichend autistisch erscheint**.

Diese Unterscheidung ist für die wissenschaftliche und ethische Bewertung zentral.

Ein Diagnostiksystem kann eine hohe Genauigkeit für jene Profile besitzen, auf die seine Instrumente, Interviews und klinischen Erwartungen besonders gut abgestimmt sind. Zugleich kann es andere Profile systematisch schlechter erfassen.

Wird diese Selektionswirkung nicht transparent gemacht, erscheint das negative Ergebnis als Eigenschaft der Person statt als mögliches Produkt des Filters.

Die unsichtbare Ressourcenentscheidung

Die Knappheit wirkt an mehreren Stellen in das diagnostische Urteil hinein:

- Sie begrenzt die Zahl und Dauer der Termine.
- Sie reduziert die Möglichkeit, umfangreiche Langzeitevidenz zu prüfen.
- Sie erschwert Nachfragen und Korrekturschleifen.
- Sie begünstigt standardisierte, schnell auswertbare Verfahren.
- Sie begrenzt unabhängige Zweitmeinungen.
- Sie erhöht den Druck, am Ende eine eindeutige Entscheidung zu produzieren.
- Und sie verhindert häufig, dass zweifelhafte Fälle über längere Zeit beobachtet werden.

Diese Ressourcenentscheidungen werden jedoch selten als Bestandteil des Befunds sichtbar.

Im Bericht steht nicht:

> „Aufgrund des verfügbaren Zeitbudgets konnten die vorgelegten Bücher und Langzeitdokumente nur begrenzt geprüft werden."

Es steht nicht:

> „Eine weitere biografische Vertiefung wäre wissenschaftlich sinnvoll gewesen, war im Rahmen der Versorgung jedoch nicht möglich."

Stattdessen erscheint das Ergebnis als fachliche Gesamtaussage. Warum ist das so? Vermutlich weil sich die Ambulanzen ansonsten längerfristig selbst delegitimieren würden. Die Krankenkasse würde anfangen Fragen zu stellen, wofür sie hier eigentlich genau Geld ausgibt.

Stattdessen wird eine organisatorische Grenze in eine epistemische Gewissheit übersetzt.

Die Institution kann eine bestimmte Menge an Wirklichkeit aufnehmen. Was außerhalb dieser Aufnahmefähigkeit liegt, erhält im Ergebnis kaum Gewicht.

Anschließend wird die reduzierte Darstellung als Gesamtbild der Person behandelt.

Das ist wissenschaftlich und ethisch massiv unredlich. Es kann ein Form bewusster Täuschung werden.

Methodische Unzulänglichkeit oder negatives Ergebnis?

Ein negatives Ergebnis kann unterschiedliche Bedeutungen besitzen.

Es kann bedeuten:

1. Die Daten sprechen tatsächlich deutlich gegen Autismus.
2. Es liegen einzelne autistische Merkmale vor, aber das erforderliche Gesamtmuster fehlt.
3. Die Daten sind widersprüchlich und erlauben keine sichere Entscheidung.
4. Das Verfahren konnte wesentliche Teile des Falls nicht ausreichend erfassen.
5. Die vorhandenen Ressourcen reichten nicht aus, um die Unsicherheit aufzulösen.

Diese Möglichkeiten dürfen nicht in einer einzigen Kategorie „kein Autismus" verschwinden.

Besonders die letzten beiden Varianten betreffen nicht primär die Person. Sie betreffen die Leistungsgrenze der Institution.

Wird eine solche Leistungsgrenze nicht ausgewiesen, trägt der Patient die Folgen eines Problems, das auf Seiten des Systems entstanden ist.

Dabei spielt es keine Rolle, ob im Klinischen intern bestimmte Formulierungen verklausuliert eine Relativierung vornehmen. Bestimmte klinische Codes geben die Uneindeutigkeit indirekt zu. Es muss klar und deutlich, staatlich anerkannt und für alle fett vorne dranstehen, dass hier nicht über Autismus als ontologische Gewissheit entschieden wird, sondern eine bestimmte Methodik, die einzige, die finanziert wird, einen Raum eröffnet, in dem manche als Autisten erkannt werden, andere wiederum nicht.

Alles andere zu behaupten, oder Befunde von Gerichten als Beweis benutzen zu lassen, hat nichts oder nur sehr wenig mit der Realität zu tun. Die Grenzen einer Autismus-Diagnostik müssen klar benannt werden, und genau das ist hier nicht geschehen.

Der Cut-off als Verwaltungsgrenze

Besonders deutlich zeigt sich das Problem an diagnostischen Schwellenwerten.

Ein Cut-off trennt innerhalb eines Instruments Wertebereiche. Er dient der Standardisierung und Entscheidungshilfe. Er bildet jedoch keine naturgegebene Grenze zwischen zwei eindeutig getrennten Menschengruppen.

Eine Person knapp unterhalb eines Grenzwertes ist nicht notwendig ihrem Erleben und Funktionsprofil nach grundlegend anders als eine Person knapp darüber.

Der Schwellenwert entscheidet, wie ein Ergebnis klassifiziert wird. Er entscheidet nicht allein darüber, was die Person ist.

Gerade bei heterogenen, dimensional verteilten Merkmalen kann ein geringfügiger Unterschied im Ergebnis erhebliche institutionelle Folgen erzeugen:

- oberhalb des Cut-offs: weitere Prüfung oder diagnostische Anerkennung;
- unterhalb des Cut-offs: Ausschluss, fehlende Unterstützung und möglicherweise eine alternative Pathologisierung.

Aus einer statistischen Entscheidungshilfe wird damit eine soziale Grenzlinie. Und diese wirkt massiv diskriminierend. Sie verstößt gegen grundsätzliche Rechtsprinzipien, wie Gleichbehandlung.

Das ethische Recht zur Verneinung

Daraus ergibt sich eine provokante, aber notwendige Forschungsfrage:

> **Besitzt eine diagnostische Institution das ethische Recht, eine Person als nicht autistisch zu bezeichnen, wenn ihre Methodik Autismus im konkreten Profil nicht zuverlässig ausschließen kann?**

Die Frage richtet sich nicht gegen negative Diagnosen als solche.

Es muss möglich sein, eine Autismus-Hypothese zurückzuweisen. Andernfalls wäre Diagnostik bedeutungslos.

Die Zurückweisung muss jedoch dem Grad der vorhandenen Evidenz und der Sicherheit des Verfahrens entsprechen.

Je stärker folgende Faktoren vorliegen,

- deutlich erhöhte Screeningwerte;
- auffällige Fremdeinschätzungen;
- plausible Masking- und Kompensationsgeschichte;

- jahrzehntelange funktionale Auffälligkeiten;
- hohe biografische Erklärungsdichte;
- lückenhafte frühe Entwicklungsdaten;
- und begrenzte Aussagekraft der direkten Beobachtung,

desto weniger legitim ist ein kategorialer Ausschluss ohne ausdrückliche Unsicherheitsformulierung.

Dann müsste die fachlich redliche Aussage möglicherweise lauten:

> Die Kriterien konnten im vorliegenden Verfahren nicht ausreichend bestätigt werden; Autismus kann aufgrund der begrenzten und widersprüchlichen Datenlage jedoch nicht sicher ausgeschlossen werden.

Natürlich würde das politisch zu einem Problem führen, wenn tausende mögliche Autist:innen an die Türen von Gerichte klopfen und Klärung fordern, damit ihnen auch Rechte gewährt werden, auf die sie Anspruch haben. Und dieser Konflikt ist überfällig und wünschenswert.

Die asymmetrischen Folgen diagnostischer Fehler

Jede Diagnostik muss mit falsch-positiven und falsch-negativen Ergebnissen rechnen.

Die Debatte konzentriert sich häufig auf die Gefahr, Menschen könnten fälschlich eine Autismusdiagnose erhalten. Diese Sorge ist legitim. Eine falsche Diagnose kann Behandlung, Selbstverständnis und Ressourcenzuweisung verzerren.

Falsch-negative Ergebnisse besitzen jedoch ebenfalls erhebliche Folgen:

- passende Unterstützung bleibt unerreichbar;
- sekundäre Erkrankungen werden möglicherweise falsch behandelt;
- die Person verliert eine kohärente Erklärung ihrer Lebensgeschichte;
- sozialrechtliche Ansprüche können scheitern;
- Masking und Überforderung werden fortgesetzt;
- und zukünftige Behandler:innen orientieren sich an einem negativen Befund.

Hinzu kommt, dass eine abgelehnte Person häufig nicht in einen neutralen Zustand zurückkehrt.

Sie erhält möglicherweise andere Diagnosen, darunter moralisch belastete Persönlichkeitszuschreibungen.

Der falsch-negative Fehler lautet dann nicht nur:

> Autismus wurde übersehen.

Er kann lauten:

> Autismus wurde übersehen und die Reaktion auf dieses Übersehen wurde als Persönlichkeitsproblem dokumentiert.

Diese Fehlerfolge ist besonders schwerwiegend.

Wer trägt das Risiko der Unsicherheit?

Unter knappen Ressourcen muss entschieden werden, wie Unsicherheit verteilt wird.

Das derzeitige Modell kann dazu führen, dass die Institution ihre Unsicherheit durch ein eindeutiges Urteil reduziert.

Der Patient trägt anschließend das Risiko, dass dieses Urteil falsch war.

Die Ambulanz schließt den Fall ab.

Die betroffene Person lebt weiter mit:

- unveränderten Einschränkungen;
- fehlender Anerkennung;
- erschwertem Zugang zu Hilfen;
- und möglicherweise beschädigtem Vertrauen in die eigene Wahrnehmung.

Damit wird das Risiko diagnostischer Unsicherheit nach unten verlagert.

Eine ethisch verantwortliche Praxis müsste fragen:

> Ist es gerechtfertigt, die institutionelle Unsicherheit durch einen kategorialen Ausschluss zu beseitigen, wenn die Folgen eines falsch-negativen Urteils nahezu vollständig die betroffene Person treffen?

Diese Frage wird durch die Ressourcenknappheit nicht geringer.

Sie wird dringlicher.

Ressourcenknappheit entschuldigt keine Reichweitenüberschreitung

Dass Ambulanzen überlastet sind, ist selbst Teil des Problems. Einzelne Diagnostiker:innen tragen nicht allein die Verantwortung für einen politisch erzeugten Versorgungsmangel.

Aus knappen Ressourcen folgt jedoch kein Recht, die Reichweite des eigenen Wissens zu überschreiten.

Eine Institution darf sagen:

> Wir können mehr nicht leisten.

Sie darf daraus nicht ohne Weiteres ableiten:

> Mehr gibt es nicht zu erkennen.

Das wäre die Ontologisierung von Ressourcenknappheit:

> Was innerhalb des verfügbaren Verfahrens nicht hinreichend sichtbar wird, gilt als in der Person nicht vorhanden.

Die Grenze des Budgets wird zur Grenze des Seins.

Es wäre nur gesund würde der Zusammenbruch des Versorgungssystems hier tatsächlich sichtbar und würde nicht durch Falschaussagen von Ambulanzen vertuscht.

Diagnostische Industrie und Selektionslogik

Der Begriff **diagnostische Industrie** wird hier nicht verwendet, um einzelnen Fachpersonen ökonomische Bereicherungsabsichten zu unterstellen. Er bezeichnet ein System, das große Mengen hochkomplexer individueller Fälle durch begrenzte, standardisierte und wiederholbare Abläufe verarbeiten muss.

Dieses System benötigt:

- feste Terminlängen;
- standardisierte Instrumente;
- abrechenbare Einheiten;
- vergleichbare Dokumentation;
- diagnostische Kategorien;
- und abschließbare Fälle.

Der einzelne Mensch muss in eine Form gebracht werden, die innerhalb dieser Struktur bearbeitbar ist.

Komplexe Fälle stellen diese Produktionsweise infrage. Sie benötigen mehr Zeit, mehr interdisziplinäre Prüfung, mehr Rückkopplung und möglicherweise ein offenes Ergebnis.

Gerade sie werden jedoch durch die industrielle Logik besonders stark reduziert.

Damit entsteht die Gefahr, dass nicht die klarsten Fälle aussortiert werden, sondern jene, deren Autismus zu viel epistemische Arbeit erfordern würde.

Wer durch den Filter fällt

Die durch den Filter ausgeschlossenen Personen verschwinden nicht.

Sie bleiben mit ihrem Erleben zurück.

Sie erleben möglicherweise weiterhin:

- soziale Fremdheit;
- sensorische oder kommunikative Überlastung;
- extreme Bindungen und Routinen;
- geringe flexible Erwerbsfähigkeit;
- Masking;
- Burnout;
- und die Notwendigkeit, das Leben um bestimmte Funktionsgrenzen herum zu organisieren.

Was verschwindet, ist die institutionelle Anerkennung dieses Zusammenhangs.

Die Person bleibt möglicherweise autistisch organisiert, wird aber sozial als nicht autistisch behandelt. Daraus entsteht eine besondere Form diagnostischer Verlassenheit und Diskriminierung:

> Der Zusammenhang wird abgelehnt, ohne dass seine Wirkungen verschwinden.

Die Institution schließt die Akte. Die Person bleibt im Problem.

Besonders bei spät oder wie hier überhaupt nicht erkannten Autist:innen wird dann das bereits über Jahrzehnte erlebte Leid einfach weiterhin zugemutet.

Die Umkehrung des Hochstaplerverdachts

Im öffentlichen und teilweise auch fachlichen Diskurs werden selbstidentifizierte Autist:innen häufig unter den Verdacht gestellt, ein modisches Label zu suchen, soziale Medien unkritisch zu übernehmen oder sich durch eine Diagnose aufzuwerten.

Diese Möglichkeit kann im Einzelfall bestehen.

Problematisch wird sie als allgemeiner Deutungsrahmen.

Denn er verdeckt die entgegengesetzte Möglichkeit:

> Nicht die betroffene Person täuscht über Autismus. Das Versorgungssystem kann über die Sicherheit seiner eigenen Ausschlussfähigkeit täuschen.

Die Institution erscheint als objektive Instanz. Die selbstdiagnostizierte Person erscheint als potenzielle Hochstaplerin.

Doch wenn das Verfahren bestimmte Profile methodisch nur begrenzt erfassen kann, ist diese Rollenverteilung nicht selbstverständlich.

Die provokante Betrugsfrage

An diesem Punkt entsteht die Frage, ob eine solche Struktur als Form institutioneller oder epistemischer Täuschung bezeichnet werden kann.

Der juristische Betrugsbegriff ist hierfür nicht ohne Weiteres geeignet. Er setzt spezifische rechtliche Merkmale voraus, die in dieser Untersuchung nicht behauptet werden.

Als ethische Forschungsfrage ist der Begriff dennoch produktiv:

> Wird die betroffene Person über die Aussagekraft des Verfahrens getäuscht, wenn ein ressourcenbedingt begrenzter Filter als umfassende Prüfung von Autismus dargestellt wird?

Eine solche Täuschungsstruktur könnte vorliegen, wenn:

- die Institution bekannte methodische Grenzen besitzt;
- bestimmte komplexe Profile dadurch schlechter erkannt werden;
- die Grenzen nicht verständlich kommuniziert werden;

- und ein negatives Ergebnis dennoch als weitreichende Aussage über die Person ausgegeben wird.

Entscheidend wäre dabei nicht die individuelle Absicht der Diagnostiker:innen. Entscheidend wäre die strukturelle Differenz zwischen dem, was das Verfahren tatsächlich leisten kann, und dem, was der Befund gegenüber der Person zu leisten behauptet.

Die Humboldt hat diese Grenze überschritten.

Dennoch kann sie natürlich manche Autist:innen weiterhin erkennen. (Laut Prof. Dziobek aktuell nur ca. 30% der zur Autismus-Diagnostik antretenden Betroffenen, die eine positive Diagnose erhalten) Aber die Humboldt darf nicht mehr implizieren, sie führe eine Diagnostik durch, die grundsätzlich abschließend klärt.

Eine ethisch verantwortliche Diagnostik müsste eine Sprache entwickeln, die ihre eigene Reichweite abbildet. Eine solche Sprache schwächt klinische Autorität nicht. Sie macht sie wissenschaftlich glaubwürdig. Sie schwächt aber künstlich aufgeblasene Autorität, die auf Drittmittel schielt.

Der Kern der Forschungsfrage

Der vorliegende Fall legt eine übergreifende Forschungsfrage nahe:

> Wie viele falsch-negative Autismusdiagnosen werden in der Erwachsenenversorgung nicht deshalb erzeugt, weil keine autistischen Merkmale bestehen, sondern weil die vorhandenen Verfahren, Zeitbudgets und klinischen Modelle ihre konkrete Form nicht ausreichend aufnehmen können?

Diese Frage muss gemeinsam mit der Debatte über mögliche Überdiagnostik geführt werden.

Es genügt nicht, zu untersuchen, ob zu viele Menschen eine Diagnose erhalten.

Es muss ebenso untersucht werden:

- welche Profile regelmäßig abgelehnt werden;
- wie sicher diese Ausschlüsse tatsächlich sind;
- welche Alternativdiagnosen vergeben werden;
- welche Folgen daraus entstehen;
- und ob die Rate falsch-negativer Entscheidungen aus Ressourcengründen institutionell akzeptiert wird.

Der ethische Skandal läge dann nicht nur im fehlenden Zugang zur Diagnostik.

Er läge auch darin, dass der knappe Zugang selbst zu einem Verfahren führt, das komplexe Menschen reduzieren muss und seine eigene Reduktion anschließend als Wahrheit über diese Menschen ausgibt.

Die Grenze der Diagnostik wird zur Grenze der Identität.

Das folgende Kapitel untersucht die Folgen dieser Operation. Denn eine negative Diagnose hinterlässt nicht einfach einen diagnostisch neutralen Menschen. Sie kann die institutionelle Anerkennung einer Identität entziehen, während das zugrunde liegende Erleben vollständig bestehen bleibt.

19. Diagnostische Identitätslöschung: Das Erleben bleibt

Eine negative Autismusdiagnose versetzt die untersuchte Person nicht in einen neutralen Zustand zurück.

Die Schwierigkeiten, wegen derer sie die Diagnostik aufgesucht hat, verschwinden nicht. Soziale Überlastung, Masking, geringe flexible Arbeitsfähigkeit, Bindung an bestimmte Routinen oder Interessen, Erschöpfung und wiederkehrende Krisen bestehen weiter. Was sich verändert, ist die institutionelle Bedeutung dieser Erfahrungen.

Der Zusammenhang, durch den die Person ihr Leben möglicherweise erstmals verstehen konnte, wird nicht anerkannt.

Die Diagnose verschwindet.

Das Erleben bleibt.

Dieser Vorgang kann als **diagnostische Identitätslöschung** bezeichnet werden.

Damit ist nicht gemeint, dass eine Institution die innere Identität eines Menschen vollständig auslöschen könnte. Die betroffene Person kann sich weiterhin als autistisch verstehen. Sie kann ihre Biografie weiterhin durch Autismus erklären und Unterstützung in autistischen Gemeinschaften finden.

Gelöscht wird vielmehr die institutionelle Geltung dieser Identität.

Das ist keine Kleinigkeit. Die Konstellation erinnert auf einer bestimmten strukturellen Ebene an den historisch schmerzhaften medizinischen und staatlichen Umgang mit Homosexualität und queerem Leben, dessen Folgen bis in die Gegenwart reichen. Gemeint ist damit keine Gleichsetzung von sexueller Orientierung und Neurodivergenz, sondern eine vergleichbare Form institutioneller Verfügung über Identität: Eine äußere Instanz beansprucht, über die Legitimität einer Selbstbeschreibung zu entscheiden, obwohl das gelebte Erleben der betroffenen Person nicht vollständig von außen erfasst oder objektiv gemessen werden kann. Wird eine neurologisch oder sexuell begründete Identität staatlich, medizinisch oder sozial daran gehindert, gelebt und anerkannt zu werden, können daraus langfristige psychische, soziale und biografische Schäden entstehen.

Gerade weil Autismus keine Erkrankung im klassischen Sinne ist, sondern eine Form neurologischer Entwicklung und Weltbeziehung bezeichnet, kann das letzte Wort über Identität und Zugehörigkeit nicht uneingeschränkt bei Diagnostiker:innen liegen. Autismus lässt sich nicht wie ein Laborwert eindeutig messen. Diagnostik arbeitet mit Verhaltensbeobachtungen, biografischen Angaben, Fremdeinschätzungen, standardisierten Instrumenten und interpretativen Modellen. Sie kann damit eine klinische Einschätzung begründen, aber nicht die Gesamtheit des Erlebens vollständig erfassen. Ähnlich wie sexuelle Orientierung lässt sich auch autistisches Erleben nicht von außen abschließend beweisen oder widerlegen.

Wenn wesentliche Anteile dieses Erlebens prinzipiell nur begrenzt diagnostisch zugänglich sind, stellt sich daher die Frage, ob die klinische Diagnostik überhaupt der richtige Ort für eine umfassende ontologische Feststellung über die Person ist. Sie kann entscheiden, ob sie nach ihren Kriterien eine

Diagnose vergibt. Daraus folgt jedoch nicht automatisch die Autorität, die Wirklichkeit, Identität und legitime Selbstbeschreibung eines Menschen abschließend zu bestimmen.

Diese Frage gewinnt zusätzlich an Bedeutung, weil neurodivergente Menschen gesellschaftlich erheblichen Barrieren und Diskriminierungen ausgesetzt sind. Die daraus entstehenden Behinderungen sind nicht ausschließlich Eigenschaften des Individuums, sondern entstehen wesentlich im Verhältnis zwischen Person und Umwelt. Wenn eine Gesellschaft diese Barrieren nicht ausreichend reduziert, kann sie die daraus folgende Last nicht einfach dem Einzelnen zuschreiben und zugleich den Zugang zu Unterstützung einem engen diagnostischen Gatekeeping unterwerfen. Andernfalls entsteht ein Zirkelschluss: Unterstützung wird nur gewährt, wenn eine institutionell anerkannte Behinderung vorliegt; dieselben Institutionen legen jedoch unter Bedingungen begrenzter Ressourcen fest, welche Formen von Behinderung überhaupt anerkannt werden.

Daraus ergibt sich eine strukturell problematische Logik:

> Autismus lässt sich nicht sicher und vollständig messen. Zugleich besteht ein hoher Unterstützungsbedarf bei begrenzten Ressourcen. Unter diesen Bedingungen entsteht der institutionelle Anreiz, diagnostische Schwellen und Verfahren so auszugestalten, dass die Zahl der anerkannten Personen mit den verfügbaren Ressourcen vereinbar bleibt.

Damit würde jedoch eine Ressourcenentscheidung in eine Aussage über die Person übersetzt. Nicht mehr allein das vorhandene Funktions- und Unterstützungsprofil bestimmte den Zugang zu Hilfe, sondern die Fähigkeit, innerhalb eines begrenzten diagnostischen Systems als hinreichend eindeutig autistisch erkannt zu werden. Die methodische und materielle Grenze des Versorgungssystems drohte so zur Identitäts- und Teilhabegrenze der Betroffenen zu werden.

Identität und Diagnose sind nicht identisch

Autismus ist nicht lediglich ein medizinisches Etikett. Für viele spät erkannte Erwachsene wird der Begriff zu einem Modell, das zuvor getrennte Erfahrungen miteinander verbindet:

- soziale Fremdheit;
- sensorische oder kommunikative Überlastung;
- ungewöhnliche Interessen- und Bindungsformen;
- die Kosten ständiger Anpassung;
- widersprüchliche Fähigkeiten;
- und jahrzehntelanges Scheitern trotz hoher Kompetenz.

Die Diagnose erzeugt diese Erfahrungen nicht.

Sie gibt ihnen einen Zusammenhang. Die gesellschaftliche Anerkennung einer Realität.

Eine Person kann erstmals verstehen, weshalb sie in bestimmten Bereichen außergewöhnlich leistungsfähig ist und in scheinbar einfacheren Situationen regelmäßig zusammenbricht. Autismus wird damit nicht notwendig zu einer begehrten Auszeichnung. Er kann zur ersten Erklärung werden, die das Leben nicht in moralische Fehler, mangelnden Willen oder eine unübersichtliche Ansammlung einzelner Störungen zerlegt.

Wird diese Erklärung institutionell verworfen, verliert die Person nicht nur einen diagnostischen Begriff. Sie verliert eine anerkannte Ordnung ihres Lebens.

Sie verliert den Anspruch auf Hilfe in einer Behinderungserfahrung. 27 Jahre weitgehende Erwerbslosigkeit sind eine massive Behinderungserfahrung. Der konkreten Behinderungserfahrung wurde in der Diagnostik bei der Humboldt aber kaum begegnet. Man fragte nicht, was den Autor behindert, dass er 27 Jahre fast vollständig erwerbslos war und dennoch 40 Stunden die Woche am Spezialinteresse arbeitete, sondern man wollte sehen ob sich ein soziales Defizit innerhalb der Räume der Ambulanz möglichst offensichtlich zeigt.

Dies erscheint in einem Ausmaß unverhältnismäßig, die an der Lebenswirklichkeit vorbei führt. Als würde ein heterosexueller Psychologe eine lesbische Frau dadurch erkennen wollen, indem er ihr Bilder von einem nackten Mann oder einer nackten Frau zeigt und dabei den Puls misst.

Die gelebte Realität spielt bei der Untersuchung keinerlei Rolle.

Wie lächerlich möchte sich der Staat, möchte die Ambulanz sich hier machen?

Die Person wird aus der Kategorie entfernt

Die diagnostische Identitätslöschung besteht in einer spezifischen Trennung:

> Die Person behält die Erfahrungen, wird aber aus der Kategorie entfernt, durch die diese Erfahrungen verständlich und sozial anschlussfähig wurden.

Sie bleibt möglicherweise reizempfindlich, überlastet und auf bestimmte Arbeitsbedingungen angewiesen. Sie gilt aber nicht als autistisch reizempfindlich, autistisch überlastet oder autistisch behindert.

Ihre Schwierigkeiten werden stattdessen anderen Kategorien zugeordnet oder als individuelle Persönlichkeitsprobleme behandelt.

Das hat erhebliche praktische Folgen.

Ohne institutionelle Anerkennung können fehlen:

- autismusspezifische Beratung;
- Nachteilsausgleiche;
- Teilhabeleistungen;
- angemessene Anpassungen am Arbeitsplatz;
- eine veränderte therapeutische Vorgehensweise;
- und sozialrechtliche Anerkennung der zugrunde liegenden Behinderung.

Die Person wird nicht von den Einschränkungen befreit. Sie wird von den mit der Kategorie verbundenen Rechten getrennt.

Da Autismus (Neurodivergenz) ähnlich wie Homosexualität massiv mit dem Eigenerleben der eigenen Existenzform verbunden ist, kann dies zu einer administrativen Gewalt werden, die massiv schädigt. In

der Forschung ist bekannt, dass die Verweigerung von Diagnosen für Autist:innen massive Konsequenzen haben können.

In Anschluss an Erving Goffman (1963) lässt sich dies auch als institutionelle Neuordnung sozialer Identität verstehen. Diagnostische Kategorien beschreiben nicht lediglich Eigenschaften; sie beeinflussen, unter welcher gesellschaftlich lesbaren Identität eine Person erscheint und welche ihrer Erfahrungen als legitim gelten. Im vorliegenden Fall wurde nicht einfach ein gewünschtes Etikett verweigert. Die autistische Erklärung wurde durch andere, teilweise stärker stigmatisierende Lesarten ersetzt. Die Person behielt dieselben Schwierigkeiten, erschien institutionell nun jedoch unter einer anderen moralischen und klinischen Bedeutung.

Nichtdiagnose als aktive Intervention

Eine negative Diagnose wird häufig von Kliniken als bloßes Unterlassen verstanden: Eine bestimmte Diagnose wurde eben nicht vergeben.

Tatsächlich ist sie eine aktive Intervention.

Der Befund verändert:

- das Selbstverständnis;
- die zukünftige Beweisposition;
- den Zugang zu Leistungen;
- die Glaubwürdigkeit gegenüber Dritten;
- die Interpretation früherer und späterer Krisen;
- und die Richtung weiterer Behandlung.

Im vorliegenden Fall blieb es zudem nicht bei der Nichtvergabe von Autismus. Der Autor erhielt alternative Beschreibungen, darunter Dysthymie und eine narzisstische Persönlichkeitsakzentuierung.

Damit entstand keine diagnostische Leerstelle.

Eine Identität wurde durch eine andere institutionelle Personenbeschreibung ersetzt.

Der Autor galt nicht mehr lediglich als jemand, bei dem Autismus nicht bestätigt worden war. Seine hohe Überzeugung vom Wert der eigenen Forschung, sein Beharren auf der Autismus-Hypothese und seine Kritik konnten nun in einem persönlichkeitsbezogenen Rahmen gelesen werden.

Die Löschung war daher zugleich eine Überschreibung. Und das gegen den Willen der betroffenen Person. Auch gegen dessen Realitätserleben. Damit geht eine massive Verantwortung einher, den aber viele Ambulanzen in der Praxis nicht tragen wollen.

Von der Selbsterkenntnis zur Selbsttäuschung

Besonders schwerwiegend ist die implizite Botschaft, die ein solcher Befund transportieren kann.

Die Person hat möglicherweise über Jahre recherchiert, Erinnerungen neu geordnet, Fragebögen ausgefüllt, mit Angehörigen gesprochen und erstmals eine kohärente Erklärung gefunden.

Die negative Rückmeldung sagt dann nicht nur:

> „Unsere Kriterien reichen nicht für eine Diagnose."

Sie kann von der Person verstanden werden als:

> „Ihre gesamte Selbsterkenntnis war falsch."

Wird zusätzlich eine narzisstische Akzentuierung dokumentiert, kann sich die Botschaft weiter verschärfen:

> „Sie haben sich nicht nur geirrt. Ihre Überzeugung, sich selbst besonders gut erkannt zu haben, könnte Ausdruck Ihrer Persönlichkeitsproblematik sein."

Damit wird aus Selbstwissen potenzielle Selbsttäuschung.

Die Person verliert nicht nur die institutionelle Anerkennung ihres Modells. Auch ihre Fähigkeit, dieses Modell entwickelt zu haben, wird fragwürdig.

Ethisch bedenklich ist es dann, wenn die Alternativdiagnose überwiegend dem Zweck diente, die Ressourcenverknappung zu verdecken und damit Widersprüche zu löschen, die mehr Aufwand in der Klärung erfordert hätten, als die Ambulanz aufwenden wollte.

Man also einen Menschen stigmatisierte, um die eigene fragwürdige Leistungsbilanz zu frisieren.

Das Problem des fehlenden Gegenmodells und die Frage der eigentlichen Kompetenz

Eine negative Diagnostik wäre weniger zerstörerisch, wenn sie ein überzeugendes alternatives Modell anbieten würde.

Dieses müsste nicht nur diagnostische Begriffe nennen. Es müsste erklären:

- weshalb die Person ihr Leben als autistisch erlebt;
- warum mehrere autismusbezogene Instrumente auffällig waren;
- wie die langfristigen Funktionsunterschiede entstanden;
- welche Ursachen die Erschöpfung und soziale Überlastung besitzen;
- und welche konkrete Unterstützung daraus folgt.

Fehlt ein solches Modell, entsteht eine epistemische Leerstelle.

Die bisherige Erklärung wird entzogen. Die Alternative trägt die Biografie nicht. Der Mensch bleibt mit Problemen zurück, die nun erneut unverbunden erscheinen.

Im Fall des Autors wurden Teilkategorien angeboten, ohne dass daraus ein erkennbar gleichwertiger Zusammenhang seiner jahrzehntelangen Lebens- und Werkstruktur entstand.

Das ist eine Form von Gewalt. Beruht sie auf mangelnder Sorgfalt, wird sie schnell zur Misshandlung.

Man muss auch die Frage stellen wo überhaupt die Grenze zwischen Fachkraft und Normalbürger:in liegt? Wie stark ist diese epistemisch tatsächlich?

Wenn eine Diagnostikerin erklärt, autistischer Burnout sei tatsächlich eine Dysthymie, also die Erschöpfung läge beispielsweise allein an der Erfahrung von Armut, und der Autor dann denkt, aber das habe ich doch immer wenn ich Menschen treffe, alleine aber nicht, ab wann ist dann Einspruch eine Anmaßung gegenüber der Fachkraft und wann ist der Betroffene tatsächlich epistemisch überlegen?

Es ist durchaus denkbar, dass es sehr viele Aspekte gibt, die diagnostisch relevant sind, aber von der Person die sie erlebt besser beurteilt werden können. Eine Diagnostikerin hat nicht per se mehr Wissen über ein Erleben, dass sie selbst nicht hat, weil sie vielleicht neurotypisch ist.

Dieser Fall zeigt das dahinter stehende massive Problem. Ist eine Selbsteinschätzung immer subjektiver, als eine Fachliche? Kann die Fachliche überhaupt überall objektiv sein, sprich Objektivität beanspruchen?

Tatsächlich kommt es in der Praxis oft vor, dass das Erleben einer Person von der Interpretation einer Diagnostikerin stark abweicht. Das ist oft die Grundlage ganzer Psychotherapien. Wenn die Ambulanz aber kein Verfahren hat um damit umzugehen, weil der Zeitdruck zu hoch ist, wie valide ist dann überhaupt noch die klinische Einschätzung? Kann die Klinik überhaupt beanspruchen besser zu wissen ob jemand Autist:in ist, als eine Autist:in selbst?

Dieser Fall erweckt erhebliche Zweifel.

Denn um dies überhaupt operationalisierbar zu machen, müsste jede Frage, jede Beschreibung in ein hoch komplexes Gefüge integriert werden und dies könnte nur partizipativ erfolgen. Nur weil die Gesellschaft mit ihren Institutionen hier an eine Grenze stößt, bedeutet es nicht, dass die Wissenschaft das tut. Sie kann hier andere Antworten finden und sie sollte es auch.

Sonst kommen wir aus einer Art Kolonialisierung der menschlichen Psyche nicht raus. Selbstbestimmung muss eine größere Rolle spielen. Auch in der Diagnostik.

Selbstidentifikation nach negativer Diagnostik und die Frage von AuDHD

Die betroffene Person steht bei einem Negativbefund vor einem kaum lösbaren Konflikt.

Gibt sie ihre autistische Selbstidentifikation auf, verliert sie möglicherweise das Modell, das ihr Leben am besten erklärt. Behält sie sie bei, stellt sie sich gegen die institutionelle Fachmeinung.

Je stärker sie diese Entscheidung verteidigt, desto eher kann sie als diagnosefixiert, uneinsichtig oder von sozialen Medien beeinflusst erscheinen.

Damit entsteht erneut eine selbstversiegelnde Struktur:

> Die Person muss ihre Identität verteidigen, weil sie institutionell gelöscht wurde. Gerade die Verteidigung kann anschließend als Beleg gelten, dass diese Identität psychologisch überwertig sei.

Ein negativer Befund erzeugt dadurch unter Umständen genau jene Beharrlichkeit, die später gegen die Person verwendet wird.

Aber dieser existenzielle Konflikt ist für einen Menschen kaum zu lösen.

Ein großer Teil neurodivergenten Erlebens entzieht sich der Repräsentation. Die Übergänge von ADHS zu Autismus, oder die Überlappungen, sowie das Profil von AuDHD sind fließend, schwammig, schwer zu greifen. Die Forschung weiß, dass beides, also ADHS und Autismus, gleichzeitig vorhanden sein kann und die Wahrscheinlichkeit hoch ist.

Das aber erfordert einen angemessenen Umgang in der Diagnostik. Overshadowing muss berücksichtigt werden. Man kann sich heute nicht mehr auf ICD-10 berufen und so tun, als existiere die weltweite Forschungsdebatte zu AuDHD nicht, welche ein völlig anderes autistisches Profil zeigt. Man kann Menschen nicht vor diesem Hintergrund einfach als nicht autistisch bezeichnen, wenn ihr Profil massiv wie AuDHD aussieht. Hier besteht eine klinische Verantwortung.

Die Humboldt wusste um dieses alternative Modell, wählte aber stattdessen Fragmente, die in der Praxis zu weiteren Schäden führen konnten. Das war wissenschaftlich unredlich.

Als der Autor dieses Problem gegenüber der Diagnostikerin ansprach, blockierte sie die Fragestellung. Die Humboldt suchte nach einem „reinen Autisten“. Obwohl man wusste, dass es diesen oftmals nicht gibt.

Wenn aber Masking und ADHS die sozialen Defizite überdecken können, warum wurde darauf im ganzen Verfahren nicht eingegangen? Der Autor erkannte es daran, dass nicht nachgefragt wurde. Es wurde nicht in diesem Feld differenziert. Man akzeptierte ADHS als gegeben, aber man differenzierte nicht einmal zwischen ADHS-Hyperfocus und autistischem Monotropismus. Eine fundamentale Differenzialdiagnostik fand in diesem Bereich nicht statt. Dazu hätte man bestimmte Fragen stellen müssen, wie:

„Fallen Sie durch Ablenkung leicht in einen Hyperfokus, den Sie über Tage verfolgen, oder bleiben Sie wie der Autor, seit Jahrzehnten im selben vertieften Tunnel? – Ist Ihr Interesse von kurzem Kick und Begeisterung geprägt, oder von einer langjährigen Untersuchung von Mustern?“

Das ist keine vollständige Abklärung, aber es wäre das Mindestmaß gewesen, um herauszufinden, wie weit die Neurodivergenz beim Autor reicht. Die Frau des Autors war eine diagnostizierte ADHSlerin. Beide unterschieden sich im Alltag massiv. Und zwar genau an den Stellen, die in AuDHD-Profilen klassisch sind.

Bei eher „reinem“ ADHS kann Hyperfokus sehr intensiv sein, aber häufiger mit Neuheit, Dringlichkeit, emotionaler Aktivierung oder wechselnden Interessenschwerpunkten zusammenhängen. Bei AuDHD kann daneben eine **über Jahrzehnte stabile, identitäts- und lebensorganisierende Bindung** bestehen. Nicht nur: „Ich interessiere mich stark dafür“, sondern:

> Ohne diesen Gegenstand verliere ich Kohärenz, Energie und Zugang zu mir selbst.

ADHS erzeugt oft Vergessen, Unordnung, zeitliche Desorganisation und Schwierigkeiten, Routinen aufrechtzuerhalten. Bei AuDHD kann gleichzeitig ein starkes Bedürfnis nach **innerer Ordnung, Kohärenz und vorhersehbarer Struktur** bestehen. Das wirkt nach außen widersprüchlich:

- spontan und chaotisch,
- aber bei bestimmten Abläufen extrem rigide;

- häufig Dinge verlegen,
- aber wichtige Materialien minutiös ordnen;
- Abwechslung suchen,
- aber Unterbrechungen des eigenen Denk- oder Arbeitsprozesses kaum tolerieren.

Die Unterscheidung wäre: Die Partnerin des Autors konnte an Ordnung scheitern, obwohl sie sie gerne hätte. Beim Autor erschien zusätzlich eine **eigene, hoch spezifische Ordnung** zu bestehen, deren Störung unmittelbar Funktionsverlust auslöst.

ADHS kann Routinen langweilig finden und spontan Neues suchen. Autistische Strukturen können dagegen Wechsel, unvorhergesehene Eingriffe oder den Abbruch eines begonnenen Prozesses als tiefen Kohärenzverlust erleben. AuDHD kann daher paradox wirken:

- selbst initiierte Veränderung: stimulierend;
- fremd initiierte Veränderung: blockierend oder zerstörerisch;
- spontane neue Idee: willkommen;
- unerwartete Unterbrechung: kaum erträglich.

Die Ambulanz hätte das alles näher beleuchten müssen. Dann wäre vielleicht auch der Unterschied klar geworden, der darin bestand, dass der Autor als seit Jahrzehnten aktiver Menschenrechtsaktivist von einer starken Reaktion auf allgemeines Unrecht angetrieben war, wie sehr viele Autist:innen (Greta Thunberg, Julien Assange), jedoch viel weniger von individuell erfahrenem Unrecht und Kränkung beispielsweise. Diese nahm er zwar wie auch hier als Arbeitsgrundlage, aber es war nicht der Hauptantrieb. Dazu hätte man aber seine Texte zumindest teilweise lesen müssen. Kränkung betreibt normalerweise keine Wissenschaft und Forschung und Critical Autism Studies. Wozu auch dieser Aufwand, wenn gekränkte Beziehungen und nicht Sachverhalte im Mittelpunkt stehen?

Man hätte die Kognition mit einer Differenzierung an dieser und vielen anderen Stellen besser verstanden, nicht nur die Mimik und das Sozialverhalten beobachtet.

Der Cut-off und die Identitätsgrenze

Besonders fragwürdig wird die Identitätslöschung bei Grenzfällen.

Wenn zwei Menschen ein sehr ähnliches Erleben, eine vergleichbare Lebensgeschichte und nahezu identische Testwerte besitzen, einer jedoch knapp oberhalb und der andere knapp unterhalb eines Schwellenwertes liegt, können ihre institutionellen Lebenswege grundlegend auseinandergehen.

Der erste erhält eine anerkannte Identität und Zugang zu Hilfen. Der zweite gilt als nicht autistisch.

Der Cut-off wird damit nicht nur zu einer diagnostischen Entscheidungshilfe. Er wird zu einer Identitätsgrenze.

Dies wäre nur dann ethisch vertretbar, wenn die Grenze eine entsprechend hohe Sicherheit besäße und wenn unterhalb des Schwellenwertes dennoch die realen funktionalen Bedürfnisse anerkannt würden.

Wo beides fehlt, produziert die Klassifikation einen künstlich harten Bruch in einem möglicherweise kontinuierlichen oder methodisch unsicher erfassten Bereich.

Das Erleben bleibt und es führt zu einer neuen Kategorie der Autist:in

Am Ende bleibt die zentrale Paradoxie.

Die Institution kann den diagnostischen Begriff verweigern. Sie kann den Befund so formulieren, dass Autismus als nicht bestätigt oder sogar als ausgeschlossen gilt. Sie kann Behörden, Versicherungen und späteren Behandler:innen eine andere Personenbeschreibung übergeben. Sie kann damit die soziale, medizinische und rechtliche Anerkennung verändern.

Aus dieser Konstellation entsteht jedoch nicht nur Verlust. Es kann auch eine neue Sprechposition entstehen: die Position des diagnostisch abgelehnten Autisten. Damit ist keine beliebige Selbstdiagnose gemeint, sondern eine Person, deren Autismus von einer Institution nicht anerkannt wurde, ohne dass das Verfahren ihre biografische, funktionale und wissenschaftlich reflektierte Autismus-Hypothese hinreichend widerlegt hätte.

Eine solche Person befindet sich in einem diagnostischen Zwischenraum. Sie ist weder klinisch bestätigt noch durch das negative Urteil epistemisch aufgehoben. Gerade dieser Zwischenraum kann eine eigenständige politische und wissenschaftliche Position begründen. Wer sich nach einer methodisch begrenzten oder widersprüchlichen Diagnostik weiterhin als autistisch bezeichnet, widersetzt sich nicht bloß einem Befund. Er verweigert der Klinik das Recht, aus ihrer Nichtbestätigung eine umfassende Verfügung über Identität, Zugehörigkeit und legitime Selbstbeschreibung abzuleiten.

Darin liegt eine menschenrechtliche Dimension. Klinische Einrichtungen können über die von ihnen ausgestellten Diagnosen entscheiden. Daraus folgt jedoch nicht automatisch ein Monopol über die Sprache, mit der Menschen ihr eigenes Erleben, ihre Zugehörigkeit und ihre Lebensgeschichte beschreiben dürfen. Medizinische Klassifikation, sozialrechtliche Anerkennung, persönliche Identität und politische Gruppenzugehörigkeit sind miteinander verbunden, aber nicht identisch.

Die fortgesetzte autistische Selbstbeschreibung kann deshalb auch ein emanzipatorischer Akt sein. Sie bedeutet nicht die Abschaffung klinischen Wissens, sondern seine Entmonopolisierung. Biografisches Selbstwissen, langfristige Funktionsgeschichte, Fremdwahrnehmungen, partizipative Forschung und Wissen aus autistischen Gemeinschaften treten neben die klinische Einschätzung. Die Diagnose verliert damit nicht jede Bedeutung. Sie verliert jedoch den Anspruch, allein darüber zu entscheiden, wer als Autist sprechen darf.

Diese Position besitzt zugleich ein solidarisches Moment. Sie kann Menschen stärken, die keinen Diagnostikplatz erhalten, deren Profil durch Masking, Alter, Komorbidität oder ungewöhnliche Biografien übersehen wurde, die widersprüchliche Befunde erhalten haben oder sich eine unabhängige Zweitmeinung nicht leisten können. Die Botschaft lautet nicht, dass jede diagnostische Selbstzuschreibung unangreifbar sei. Sie lautet, dass institutionelle Nichtanerkennung Menschen nicht dazu verpflichten darf, ihr eigenes Erleben zu verleugnen, wenn das diagnostische Verfahren seine Grenzen und seine mögliche Fehlerhaftigkeit selbst nicht transparent ausweist.

Der diagnostisch abgelehnte Autist ist daher kein begrifflicher Widerspruch. Er bezeichnet eine Person, die aus einer klinischen Kategorie ausgeschlossen wurde, ohne dass damit notwendig die Wirklichkeit widerlegt ist, auf die sich diese Kategorie bezieht.

Das folgende Kapitel untersucht, welche Verantwortung daraus für Diagnostikstellen entsteht. Denn eine negative Rückmeldung kann bei hoch vulnerablen Menschen schwere Krisen auslösen. Die Frage ist daher nicht nur, ob der Befund fachlich hinreichend begründet war, sondern welche Schutz- und Nachsorgepflichten eine Institution übernimmt, wenn ihr Urteil das Selbstverständnis, die Versorgung, die rechtliche Position und die Zugehörigkeit eines Menschen grundlegend erschüttert.

20. Diagnostischer Schaden und die Pflicht zum Safeguarding

Eine diagnostische Institution trägt nicht nur Verantwortung für die formale Richtigkeit ihrer Entscheidung. Sie trägt auch Verantwortung für die vorhersehbaren Folgen des Verfahrens, insbesondere dann, wenn sie mit hoch vulnerablen Menschen arbeitet und das Ergebnis erhebliche Auswirkungen auf Selbstverständnis, Versorgung und rechtliche Teilhabe besitzt.

Dies bedeutet nicht, dass eine Ambulanz eine Diagnose vergeben müsste, um eine Krise zu vermeiden. Diagnostische Redlichkeit kann auch ein negatives Ergebnis verlangen. Doch gerade dann stellt sich die Frage, wie dieses Ergebnis vorbereitet, kommuniziert, begrenzt und nachbetreut wird.

Im untersuchten Fall war die besondere Vulnerabilität des Autors der Ambulanz bekannt. Er hatte schwere Erschöpfung, langjährige institutionelle Konflikte, materielle Unsicherheit und die existenzielle Bedeutung der Diagnose offen dargestellt. Die Ambulanz wusste zudem, dass der Zugang zur Diagnostik erst nach Jahren und unter extrem knappen Versorgungsbedingungen zustande gekommen war. Der Befund konnte deshalb nicht als gewöhnliche medizinische Mitteilung behandelt werden.

Safeguarding beginnt vor der Rückmeldung

Safeguarding darf nicht erst einsetzen, wenn eine Person nach dem Gespräch sichtbar zusammenbricht.

Es beginnt bereits bei der Planung des Verfahrens.

Bei einem hoch konfliktbelasteten und vulnerablen Fall hätte vorab geprüft werden müssen:

- ob die eigene Ambulanz überhaupt die geeignete und hinreichend unabhängige Stelle war;
- welche Risiken eine negative Rückmeldung besaß;
- ob zusätzliche Zeit für das Gespräch erforderlich war;
- ob eine Vertrauensperson einbezogen werden sollte;
- wie Unsicherheit kommuniziert werden konnte;
- und welche konkreten Anschlussangebote im Fall einer Krise bestanden.

Eine solche Vorbereitung wäre keine Bevorzugung des Patienten gewesen. Sie wäre Ausdruck professioneller Risikoverantwortung.

Die Rückmeldung als klinischer Hochrisikomoment

Das Rückmeldegespräch war der Punkt, an dem sich die institutionelle Macht maximal verdichtete.

Die Diagnostikerinnen kannten das Ergebnis bereits. Der Autor kannte es nicht. Die Institution verfügte über Notizen, Fallkonferenz und Befund. Der Autor verfügte nur über die eigene Erinnerung und das Vertrauen, dass sein Material angemessen geprüft worden war.

Mit der Mitteilung änderte sich seine Position innerhalb weniger Minuten. Aus einer Person, die auf Anerkennung einer möglichen Behinderung hoffte, wurde eine Person, deren zentrale Selbsterklärung institutionell zurückgewiesen und durch andere Kategorien ersetzt wurde.

Ein solcher Moment verlangt besondere kommunikative Sorgfalt.

Dazu gehören:

- eine verständliche Begründung;
- ausreichende Zeit für Rückfragen;
- klare Benennung verbleibender Unsicherheit;
- Trennung von Nichtbestätigung und sicherem Ausschluss;
- und die Anerkennung der emotionalen Bedeutung des Ergebnisses.

Fehlen diese Elemente, kann die Rückmeldung selbst traumatisierend wirken. Die Ambulanz der Humboldt-Universität hat absichtlich ein kurzes Zeitfenster festgelegt, obwohl man wusste was zu erwarten war. Das kann hier nur als grob fahrlässig kommentiert werden.

Der Eigenschutz der Institution stand weit über dem Schutz des Patienten.

Der Unterschied zwischen Enttäuschung und Verletzung

Eine negative Diagnose wird zwangsläufig enttäuschen, wenn die Person auf ein anderes Ergebnis gehofft hat. Nicht jede Enttäuschung ist institutionell verursachter Schaden.

Verletzung entsteht jedoch dort, wo zusätzlich:

- die eigene Evidenz nicht ernsthaft beantwortet wird;
- die Person sich ausgelacht oder abgewertet erlebt;
- ihre Wahrnehmung durch widersprüchliche Botschaften destabilisiert wird;
- ihr Widerspruch persönlichkeitsbezogen interpretiert werden kann;
- und keine tragfähige Unterstützung folgt.

Im Fall des Autors lag die Belastung daher nicht nur darin, dass er die erwartete Diagnose nicht erhielt. Sie lag in der Art, wie die Nichtdiagnose mit institutioneller Abwehr, mangelnder Transparenz und moralisch belasteter Umdeutung verbunden war.

Die Pflicht zur Auffangstruktur

Je folgenreicher ein Befund ist, desto weniger darf eine Institution die Person nach dessen Mitteilung alleinlassen.

Eine angemessene Auffangstruktur könnte umfassen:

- ein zeitnahes Nachgespräch;
- eine schriftliche, verständliche Erläuterung der Gewichtung;
- die Möglichkeit, sachliche Fehler zu korrigieren;
- eine unabhängige Zweitmeinung;
- eine Krisenansprechstelle;
- konkrete Weitervermittlung;
- und Empfehlungen, die sich an den tatsächlichen Funktionsproblemen orientieren, unabhängig vom diagnostischen Etikett.

Im untersuchten Fall war eine solche Struktur nicht erkennbar hinreichend vorhanden. Der Autor erhielt einen Befund, aber keine gleichwertige Lösung für die weiterhin bestehenden Probleme. Er erhielt alternative Kategorien, aber keinen erkennbar tragfähigen Versorgungspfad. Er wurde auf die Möglichkeit der Beschwerde verwiesen, aber nicht klinisch aufgefangen.

Dass er sich rückmelden konnte, stieß nun auf massives Vertrauensproblem.

Und man sagte ihm man werde unter keinen Umständen den Befund ändern.

Das ist wesentlich, weil des dem Hinweis auf Beschwerdemöglichkeit fundamental widerspricht, sprich davon zeugt, dass man den Autor auflaufen lies.

Obwohl man wusste was für den Autor von der Diagnose abhing, wurde diese nur als Meinung gelabelt, die als Meinung auch dann weiterhin bestehen könne, wenn Fakten diese Meinung widerlegten.

Das war der Gipfel institutionellen Selbstschutzes ohne Rücksicht auf Verluste.

Politik darf so etwas nicht akzeptieren. Eine der führenden Universitäts-Ambulanzen in Deutschland darf sich nicht auf Meinung berufen. Sie muss beweisen, oder schweigen.

Die Humboldt subjektivierte den Selbstdiagnostizierten, spekulierte aber selbst.

Verantwortung endet nicht mit dem Bericht

Eine Ambulanz könnte einwenden, ihre Aufgabe bestehe in Diagnostik, nicht in langfristiger Behandlung. Diese institutionelle Begrenzung ist nachvollziehbar. Sie entbindet jedoch nicht von Verantwortung für vorhersehbare unmittelbare Folgen.

Wer eine existenziell bedeutsame Entscheidung trifft, muss zumindest sicherstellen, dass die Person nach dieser Entscheidung nicht ohne Orientierung und ohne erreichbare oder noch vertrauenswürdige Unterstützung zurückbleibt.

Gerade bei Autismus-Diagnostik ist dies wichtig, weil die Betroffenen häufig bereits eine lange Vorgeschichte von Missverständnissen, Fehldiagnosen und institutioneller Zurückweisung mitbringen.

Das Rückmeldegespräch kann deshalb frühere Verletzungen reaktivieren.

Eine neue Ablehnung wird dann nicht als isolierter Befund erlebt, sondern als Wiederholung eines jahrzehntelangen Musters:

> Wieder wurde die Person nicht verstanden. Wieder erhielt die institutionelle Perspektive Vorrang. Wieder blieb das Erleben ohne angemessene Erklärung.

Der Patient darf nicht zum Gegner werden

Im untersuchten Fall war die klinische Beziehung durch die institutionelle Vorgeschichte stark belastet.

Gerade deshalb hätte die Ambulanz besonders darauf achten müssen, den Autor auch im Konflikt als Patienten zu behandeln.

Dies bedeutet nicht, jede scharfe Aussage hinzunehmen oder jede Kritik zu teilen. Es bedeutet, die Vulnerabilität nicht aus dem Blick zu verlieren, sobald die Person widerspricht.

Eine Institution darf sich verteidigen.

Sie darf dabei jedoch nicht vergessen, dass derjenige, der sie angreift, zugleich von ihrer Entscheidung gesundheitlich betroffen sein kann. Die klinische Verantwortung endet nicht dort, wo die Person unbequem wird.

Eine Diagnostikerin, die ein solch aufgeheiztes Gespräch einfach beendet, weil sie vielleicht gleich zum Friseur muss, ist nicht tragbar.

Safeguarding als institutionelle Selbstbegrenzung

Safeguarding verlangt nicht nur Fürsorge gegenüber dem Patienten. Es verlangt Selbstbegrenzung der Institution. Die Ambulanz muss anerkennen:

- dass ihr Urteil fehlbar ist;
- dass ihre Kommunikation Schaden erzeugen kann;
- dass ihre Macht größer ist als die des Patienten;
- und dass ein negativer Befund nicht automatisch die Verantwortung für den weiteren Verlauf beendet.

Diese Anerkennung muss sich in Verfahren übersetzen.

Dazu gehören:

- klare Eskalations- und Nachsorgepläne;
- unabhängige Beschwerdewege;

- Schutz vor persönlichkeitsbezogener Pathologisierung sachlicher Kritik;
- und die Möglichkeit, besonders konfliktbelastete Fälle extern prüfen zu lassen.

Die ethische Mindestanforderung

Die ethische Mindestanforderung lautet nicht, jede Krise verhindern zu können.

Sie lautet:

> Eine diagnostische Institution darf eine vorhersehbar destabilisierende Entscheidung nicht treffen, ohne zugleich Verantwortung für deren unmittelbare Folgen zu organisieren.

Im vorliegenden Fall entstand der Eindruck, dass die Ambulanz die diagnostische Entscheidung als abgeschlossen betrachtete, während die psychischen und sozialen Folgen vollständig beim Autor verblieben.

Die Institution beendete den Fall. Für den Autor begann eine neue Krise.

Wer diagnostisch ausgeschlossen wird, fehlt nicht nur in der Versorgung. Diese Menschen fehlen auch in den wissenschaftlichen Populationen, anhand derer Autismus beschrieben und diagnostische Instrumente weiterentwickelt werden. Dadurch kann Diagnostik ihre eigenen blinden Flecken fortlaufend reproduzieren.

21. Die Produktion diagnostischer Populationen (Looping Effects)

Diagnostik entscheidet nicht nur darüber, welche einzelne Person eine Autismusdiagnose erhält.

Sie bestimmt zugleich, wer in der Versorgung, in klinischen Statistiken und in wissenschaftlichen Studien überhaupt als autistisch sichtbar wird.

Damit wirkt Diagnostik nicht nur beschreibend.

Sie produziert die Population, die später als Grundlage weiterer Forschung dient.

Der Autor wurde im Vorfeld der Diagnostik gefragt, ob er im Dienst an der Forschung an weiteren Studien teilnehmen wolle. Man nahm ihn im entsprechenden Topf auf und er wurde auch kurz darauf zur ersten Studie angemailt. Er war somit als Subjekt von Forschungsinteresse integriert worden.

Dieser Zusammenhang ist besonders wichtig, weil diagnostische Instrumente und klinische Modelle häufig anhand bereits diagnostizierter Gruppen entwickelt, geprüft und weiter verfeinert werden. Wer durch die bestehenden Verfahren nicht erkannt wird, fehlt folglich in genau jenen Datensätzen, aus denen künftige Vorstellungen von Autismus entstehen.

Dadurch kann eine rekursive Selektionsschleife entstehen:

> Diagnostische Verfahren erkennen bevorzugt jene Profile, denen sie bereits angepasst sind. Die erkannten Personen bilden anschließend die Forschungsgruppe, anhand derer dieselben Verfahren bestätigt und weiterentwickelt werden.

Was außerhalb des Filters liegt, bleibt wissenschaftlich unterrepräsentiert.

Man darf nicht vergessen, dass die Humboldt-Ambulanz hier in einem Interessenskonflikt stand, da sie selbst die Diagnosen in ihrem Haus zur Forschung in eigenen Studien verwendet.

Dieser Prozess erinnert an Ian Hackings (1986) Arbeiten zum *making up people* und zu den Rückkopplungseffekten menschlicher Klassifikationen. Diagnostische Kategorien bilden ihre Gegenstände nicht ausschließlich neutral ab. Sie strukturieren, wer als Mitglied einer Gruppe erkannt wird, wie sich Menschen selbst verstehen und welche Population anschließend wissenschaftlich untersucht wird. Im vorliegenden Zusammenhang liegt der Rückkopplungseffekt bereits in der Auswahl selbst: Die diagnostisch anerkannten Autist:innen prägen das klinische Bild von Autismus, während abgelehnte Profile aus der Population verschwinden und dessen scheinbare Homogenität weiter bestätigen.

Die Diagnose als Eintrittskarte in die Forschung

Viele Studien über Autismus greifen auf klinisch diagnostizierte Teilnehmer:innen zurück. Dies ist methodisch zunächst nachvollziehbar. Forschung benötigt Kriterien, anhand derer bestimmt werden kann, wer zur untersuchten Gruppe gehört.

Die Diagnose wird dadurch jedoch zur Eintrittskarte in die wissenschaftliche Population.

Personen, die aufgrund von Masking, hoher Sprachkompetenz, fehlenden Kindheitsdaten, Komorbiditäten oder ungewöhnlichen Lebensverläufen keine Diagnose erhalten, erscheinen in solchen Studien nicht als möglicherweise falsch-negative Autist:innen.

Sie erscheinen als Nichtautist:innen, als Personen mit anderen Diagnosen oder überhaupt nicht. Ihre Erfahrungen fließen damit nicht in die Beschreibung dessen ein, wie Autismus aussehen kann.

Die selektierte Normalform

Wenn bestimmte Profile häufiger diagnostiziert werden, können ihre Merkmale allmählich als typische oder zentrale Form von Autismus erscheinen.

Dazu können gehören:

- deutlich sichtbare soziale Auffälligkeiten;
- geringe Fähigkeit, soziale Schwierigkeiten zu kompensieren;
- klar erkennbare repetitive Verhaltensweisen;
- früh dokumentierte Entwicklungsbesonderheiten;
- und Spezialinteressen, die diagnostisch leicht benennbar sind.

Profile, die weniger deutlich in diese Form passen, werden seltener diagnostiziert.

Dadurch fehlen sie wiederum in Forschung und klinischer Ausbildung. Die diagnostische Normalform bestätigt sich selbst. Was gut erkannt wird, gilt als typisch.

Was schlecht erkannt wird, gilt als selten, atypisch oder möglicherweise nicht autistisch.

Damit kann die Häufigkeit eines Profils in klinischen Stichproben weniger über seine tatsächliche Verbreitung aussagen als über seine institutionelle Erkennbarkeit.

Der Ausschluss komplexer Erwachsener

Besonders gefährdet sind spät diagnostizierte Erwachsene mit komplexen Lebensverläufen.

Bei ihnen können sich Autismusmerkmale mit jahrzehntelanger Anpassung, ADHS, Depression, Angst, Traumatisierung, Armut und institutionellen Konflikten überlagern.

Das ursprüngliche Profil ist nicht mehr in einer „reinen" Form sichtbar.

Die Person hat Strategien entwickelt, bestimmte Situationen vermieden, Kompetenzen erlernt und das Leben um die eigenen Grenzen herum organisiert.

Gerade diese Anpassung kann dazu führen, dass sie klinisch weniger eindeutig erscheint. Wird sie ausgeschlossen, fehlt in der Forschung nicht irgendein Randfall.

Es fehlt möglicherweise gerade jene Gruppe, die besonders viel darüber zeigen könnte, wie Autismus sich über Jahrzehnte verändert, maskiert und unter gesellschaftlichem Druck sekundäre Erkrankungen erzeugt.

Das falsch-negative Ergebnis verschwindet statistisch

Ein falsch-positiver Befund kann später auffallen. Die Person passt möglicherweise nicht in die erwartete Gruppe, erhält eine andere Einschätzung oder wird in Studien als atypischer Fall sichtbar.

Ein falsch-negativer Befund verschwindet leichter.

Die Person wird nicht in die Autismuspopulation aufgenommen.

Es existiert häufig kein späteres Verfahren, das systematisch überprüft, ob der Ausschluss richtig war. Sie bleibt in anderen Diagnosen, in Selbsthilfegruppen, in erfolglosen Therapien oder außerhalb jeder Versorgung.

Für die Statistik gilt sie schlicht als nicht autistisch.

Dadurch kann die tatsächliche Rate falsch-negativer Entscheidungen kaum sichtbar werden. Das System zählt vor allem seine bestätigten Diagnosen. Es zählt nicht zuverlässig jene, die möglicherweise zu Unrecht ausgeschlossen wurden.

Forschung bestätigt die klinische Auswahl

Aus dieser Struktur kann ein geschlossener Kreislauf entstehen:

1. Klinische Verfahren erkennen bestimmte Profile bevorzugt.
2. Diese Personen werden als autistisch klassifiziert.
3. Forschung untersucht überwiegend diese diagnostizierte Gruppe.

4. Die daraus gewonnenen Merkmale prägen neue Instrumente und Leitbilder.
5. Künftige Diagnostik sucht verstärkt nach denselben Merkmalen.
6. Abweichende Profile werden erneut seltener erkannt.

Die klinische Auswahl erscheint anschließend als wissenschaftliche Bestätigung.

Tatsächlich kann die Forschung teilweise die vorausgehende Selektionsleistung der Diagnostik reproduzieren. Dies bedeutet nicht, dass die gewonnenen Daten wertlos wären. Sie können die untersuchte Gruppe zutreffend beschreiben.

Problematisch ist die stillschweigende Verallgemeinerung:

> Was bei den diagnostisch Erkannten häufig vorkommt, wird zu dem, woran Autismus grundsätzlich erkannt werden soll.

Die unsichtbaren Gegenbeispiele

Der Fall des Autors macht sichtbar, welche Art von Evidenz in einer solchen Schleife verloren gehen kann.

Eine Person kann:

- sehr hohe autismusbezogene Screeningwerte besitzen;
- von einer nahen Bezugsperson stark auffällig eingeschätzt werden;
- eine außergewöhnlich stabile und intensive Werkbindung aufweisen;
- soziale und berufliche Teilhabe über Jahrzehnte kaum aufrechterhalten;
- zugleich sprachlich differenziert und im Zweiergespräch reziprok wirken;
- und im ADOS unterhalb des Cut-offs bleiben.

Wird eine solche Person als nicht autistisch klassifiziert, erscheint sie in künftiger Forschung möglicherweise als Gegenbeispiel zur Aussagekraft ihrer eigenen Merkmale.

Hohe Screeningwerte können dann als unspezifisch gelten. Masking erscheint schwer objektivierbar. Die Werkbindung gilt nicht als Spezialinteresse. Die situative soziale Kompetenz erhält größeres Gewicht.

Was möglicherweise ein falsch-negativer Autismusfall war, kann somit indirekt zur Stabilisierung jener Kriterien beitragen, die ihn ausgeschlossen haben.

Die Produktion von „Nichtautist:innen“

Diagnostik produziert nicht nur Autist:innen als institutionelle Kategorie.

Sie produziert auch Nichtautist:innen.

Diese zweite Gruppe ist jedoch nicht notwendig homogen.

Sie kann enthalten:

- tatsächlich nicht autistische Personen;
- Menschen mit einzelnen autistischen Merkmalen;
- Personen des erweiterten autistischen Phänotyps;
- falsch-negative Fälle;
- stark maskierende Autist:innen;
- Menschen mit unzureichender Entwicklungsanamnese;
- und Personen, deren Komorbiditäten das diagnostische Bild überlagern.

Werden all diese Menschen schlicht unter „kein Autismus“ zusammengeführt, entsteht eine künstlich einheitliche Vergleichsgruppe.

Die kategoriale Grenze im Befund kann dann eine wissenschaftliche Eindeutigkeit suggerieren, die in der zugrunde liegenden Population nicht besteht.

Die pathologisierte Ausschlussgruppe

Besonders problematisch ist, dass ausgeschlossene Personen nicht selten andere Diagnosen erhalten. Sie verschwinden daher nicht einfach aus der Autismusforschung.

Sie können in Studien zu Depression, Angst, Persönlichkeitsstörungen, somatischen Beschwerden oder chronischer Erschöpfung auftauchen.

Autistische Merkmale werden dort möglicherweise als Begleiterscheinungen dieser Diagnosen interpretiert. Damit verteilt sich eine potenziell unerkannte Autismuspopulation auf andere klinische Gruppen.

Die Autismusforschung verliert ihre Erfahrungen.

Andere Forschungsfelder erhalten sie unter einer abweichenden Klassifikation. Dies kann zu einer wechselseitigen Verzerrung führen:

Autismus erscheint homogener, als er tatsächlich ist.

Andere Diagnosen erscheinen mit Merkmalen verbunden, die möglicherweise teilweise aus unerkanntem Autismus stammen.

Die Rolle persönlichkeitsbezogener Diagnosen

Persönlichkeitsdiagnosen besitzen in dieser Selektionsstruktur eine besondere Bedeutung.

Wenn direkte Kommunikation, Beharrlichkeit, starkes Selbstwissen und Konflikte mit Institutionen als narzisstische, zwanghafte oder andere Persönlichkeitszüge gelesen werden, werden mögliche autistische Profile nicht nur ausgeschlossen.

Sie erhalten eine alternative Erklärung, die ihre spätere Rückkehr in die Autismus-Diagnostik erschweren kann.

Ein zukünftiges Team sieht dann nicht mehr eine offene Frage. Es sieht eine bereits dokumentierte Persönlichkeitsproblematik.

Der frühere Ausschluss wird dadurch zur Voraussetzung späterer Wahrnehmung. Die Akte lernt aus sich selbst.

Die selbstbestätigende Akte

Medizinische und behördliche Dokumentationen erzeugen zeitliche Kontinuität.

Ein einmal festgehaltener Befund kann von späteren Stellen übernommen werden. Neue Beobachtungen werden im Licht der vorhandenen Akte interpretiert.

Widerspricht die Person erneut, kann dies zum bestehenden Persönlichkeitsbild passen.

Fordert sie eine weitere Autismus-Diagnostik, erscheint sie möglicherweise als diagnosefixiert.

Verweist sie auf frühere Fehler, kann sie als uneinsichtig oder konflikthaft gelten.

Damit entsteht eine selbstbestätigende Dokumentationsschleife. Der ursprüngliche mögliche Fehler wird nicht unabhängig überprüft. Er strukturiert die Bedingungen, unter denen jede spätere Überprüfung stattfindet.

Diagnostische Populationen sind keine natürlichen Populationen

Aus wissenschaftlicher Sicht ist deshalb entscheidend:

> Eine klinisch diagnostizierte Autismuspopulation ist nicht identisch mit der Gesamtheit aller autistischen Menschen.

Sie ist eine durch Kriterien, Instrumente, Ressourcen, Zugangswege und institutionelle Erwartungen selektierte Population.

Zu ihr gelangt nur, wer zunächst überhaupt einen Diagnostikplatz erreicht.

Anschließend muss die Person das verwendete Verfahren in einer Weise durchlaufen, die genügend codierbare Evidenz erzeugt.

Schon der Zugang filtert nach:

- geographischer Nähe;
- Wissen über das Versorgungssystem;
- Fähigkeit zur Organisation;
- Ausdauer;
- Unterstützung durch andere;
- finanzielle Möglichkeiten;
- und psychischer Stabilität während langer Wartezeiten.

Das diagnostische Verfahren fügt einen zweiten Filter hinzu. Die Forschungsrekrutierung erzeugt häufig einen dritten.

Was am Ende als wissenschaftliche Autismuspopulation erscheint, ist damit das Produkt mehrerer aufeinanderfolgender Selektionen.

Der doppelte Ausschluss

Der Autor hatte in der vorausgehenden Untersuchung gezeigt, wie 1.667 Menschen um ungefähr 25 Plätze konkurrierten. Der größte Teil der Betroffenen wurde bereits vor jeder fachlichen Prüfung ausgeschlossen.

Wer einen Platz erhält, hat damit erst den ersten Filter überwunden.

Innerhalb der Diagnostik folgt der zweite:

Wird das konkrete Profil durch die verfügbaren Instrumente und das klinische Modell erkannt?

Damit entsteht ein doppelter Ausschluss:

> Zunächst werden Menschen aus der Diagnostik ausgeschlossen. Anschließend können diejenigen, die den Zugang dennoch erreichen, aus der diagnostischen Kategorie ausgeschlossen werden.

Beide Gruppen fehlen später in Forschung und Versorgung. Die erste Gruppe wurde nie untersucht. Die zweite wurde untersucht, aber als nicht autistisch klassifiziert. Die Wissenschaft kann beide kaum unterscheiden.

Die Debatte über Überdiagnostik

Die gegenwärtige Debatte über Autismus-Diagnostik konzentriert sich häufig auf mögliche Überdiagnostik, soziale Medien, Selbstdiagnosen und Personen, die angeblich auf einer gewünschten Diagnose bestehen.

Die hier vorliegende Studie verschiebt die oft beschriebene Empörung abgelehnter Betroffener, ihre Forderung nach einer Autismusdiagnose in eine völlig andere Perspektive.

Eine wissenschaftlich ausgewogene Debatte muss gleichzeitig fragen:

- Wie viele Menschen werden falsch positiv diagnostiziert?
- Wie viele werden falsch negativ ausgeschlossen?
- Welche Profile betrifft jeweils welcher Fehler?
- Welche Rolle spielen Geschlecht, Alter, Intelligenz, Sprache, Masking und Komorbidität?
- Welche Fehler werden durch Ressourcenknappheit begünstigt?
- Und welche Fehler bleiben statistisch unsichtbar?

Überdiagnostik und Unterdiagnostik sind keine Gegensätze, von denen nur einer existieren kann. Ein System kann bestimmte Profile übererkennen und andere systematisch untererkennen.

Wenn so viele Menschen davon überzeugt sind, Autist:innen zu sein, sollten wir ernsthaft die Frage stellen, ob sich hier nicht eine andere Population im Rahmen dessen, was wir Autismus nennen, zeigt. Denn wenn die Lebenserfahrungen derart stark mit dem deckungsgleich sind, was wir als Autismus bezeichnen, wenn der Leidensdruck, wenn die daraus folgenden Schäden derart massiv sind, und Alternativen einfach nicht passen, dann kann man diese Menschen doch nicht einfach auf die Straße setzen, als wäre alles quasi Hysterie. Dann muss doch die Frage geklärt werden, was hinter diesem klinischen Bild steckt. Gerade weil das, was Autismus ist, sich im Laufe der Zeit ständig verändert hat, bis hin zu AuDHD und anderen Profilen, darf der klinische Betrieb sich doch nicht in Ignoranz und Menschenverachtung auf veraltete Normen wie die ICD-10 zurückziehen.

Die Forschung hat eine ethische Pflicht, angesichts von bestimmenden Aussagen, auch die entsprechende Sorgfalt zu wahren, was in vielen Ambulanzen nicht passiert.

Wenn in der öffentlichen Debatte dann gegen selbstdiagnostizierte Autist:innen gehetzt wird, droht ein massiver Schaden, den die Forschung in 10 oder 20 Jahren schmerzhaft bereuen könnte, wie den Vorwurf der Kühlschrankmütter.

Niemand kann sagen, sie oder er hätte es nicht gewusst, hätte das Problem nicht sehen können.

Statt Millionen auszugeben, auf der Suche nach einer Heilung gegen Autismus, wäre es vielleicht angebrachter, zu erforschen, was mit den Abgelehnten, die eine Autismusdiagnose fordern, eigentlich wirklich los ist. Das hier gezeigte Verfahren genügt bei weitem nicht, um diese Frage angemessen zu beantworten. Es wird aber häufig benutzt, um genau diese Gruppe zu stigmatisieren.

Die moralische Asymmetrie der Debatte

Bemerkenswert ist zudem die moralische Verteilung der Verdachtsmomente.

Selbstidentifizierte Personen werden häufig gefragt, ob sie sich irren, ob sie ein Label suchen oder ob soziale Medien ihre Wahrnehmung verzerrt haben. Diagnostische Institutionen werden seltener mit derselben Schärfe gefragt, ob ihre Verfahren bestimmte Profile systematisch verfehlen.

Die mögliche Selbsttäuschung des Patienten wird personalisiert. Die mögliche Fehlklassifikation der Institution erscheint als unvermeidbare methodische Randerscheinung.

Damit wird auch hier das Fehlerproblem asymmetrisch verteilt. Die Einzelperson kann zur Hochstaplerin werden. Die Institution bleibt trotz möglicher systematischer Ausschlüsse fachliche Autorität.

Participatory Research als Korrektiv

Eine mögliche Korrektur liegt in partizipativer Forschung.

„Nichts über uns ohne uns“ bedeutet in diesem Zusammenhang, dass nicht nur bereits klinisch diagnostizierte Autist:innen an der Entwicklung von Forschung und Diagnostik beteiligt werden sollten.

Auch Menschen mit:

- später Diagnose;
- widersprüchlichen Befunden;
- negativer Diagnostikerfahrung;
- starker Selbstidentifikation;
- mehrfachen Fehldiagnosen;
- und ungewöhnlichen Kompensationsverläufen

müssen als relevante Erkenntnisquellen einbezogen werden.

Gerade abgelehnte Personen können Hinweise darauf geben, wo Verfahren versagen. Ihre Beschwerden sind nicht bloß Störungen des klinischen Ablaufs. Sie können Daten über die Selektionsgrenzen der Diagnostik enthalten.

Forschung an den Abgelehnten

Ein zentraler blinder Fleck besteht darin, dass kaum systematisch untersucht wird, was langfristig mit Menschen geschieht, die trotz hoher autismusbezogener Werte eine negative Diagnose erhalten.

Notwendig wären Studien, die fragen:

- Welche Diagnosen erhalten diese Personen später?
- Wie entwickeln sich Gesundheit und Funktionsfähigkeit?
- Wie viele erhalten bei einer unabhängigen Zweitprüfung doch eine Autismusdiagnose?
- Welche Merkmale unterschieden sie von früh bestätigten Fällen?
- Welche Rolle spielten Masking und fehlende Kindheitsdaten?
- Welche Auswirkungen hatte die negative Rückmeldung?
- Und wie häufig erwiesen sich persönlichkeitsbezogene Alternativdiagnosen später als unzutreffend oder unzureichend?

Ohne solche Forschung kann die Qualität negativer Diagnosen kaum beurteilt werden. Ein System, das nur seine bestätigten Fälle untersucht, kennt die eigene Ausschlussfehlerquote nicht.

Negative Diagnostik benötigt Follow-up

Aus dieser Perspektive wäre ein negativer Befund nicht notwendig der endgültige Abschluss eines Falles.

Bei komplexen und widersprüchlichen Konstellationen könnte ein Follow-up vorgesehen werden:

- erneute Untersuchung nach einer bestimmten Zeit;
- unabhängige Zweitbeurteilung;
- Prüfung zusätzlicher biografischer Evidenz;
- Beobachtung der Wirkung empfohlener Behandlungen;
- und Neubewertung, wenn das Alternativmodell die Funktionsprobleme nicht erklärt.

Damit würde Diagnostik als lernfähiger Prozess verstanden.

Derzeit kann dagegen der negative Befund institutionell stabil bleiben, selbst wenn die danach gewählten Behandlungen scheitern und das ursprüngliche Erklärungsproblem fortbesteht.

Die Forschung produziert ihren blinden Fleck

Der Kern des Problems lässt sich folgendermaßen zusammenfassen:

> Wenn diagnostische Verfahren bestimmte Autist:innen systematisch schlechter erkennen, fehlen gerade diese Menschen in den Daten, anhand derer die Verfahren später als wissenschaftlich angemessen beurteilt werden.

Der blinde Fleck bleibt dadurch blind. Er kann sich sogar vergrößern. Die diagnostisch erkannten Profile werden immer genauer beschrieben.

Die ausgeschlossenen Profile erscheinen als diagnostische Grenzfälle, Komorbiditäten, Persönlichkeitsprobleme oder fehlgeleitete Selbstdiagnosen.

Die Forschung verbessert die Präzision innerhalb der selektierten Population. Sie verbessert nicht notwendig die Reichweite über diese Population hinaus.

Die Bedeutung des vorliegenden Falls

Der untersuchte Fall kann die Existenz einer systematischen Selektionsverzerrung allein nicht beweisen.

Er zeigt jedoch exemplarisch, wie eine solche Verzerrung entstehen kann:

- Ein hochkomplexer älterer Erwachsener erreicht nach extremen Zugangshürden eine Diagnostik.
- Umfangreiche Langzeitevidenz kann nur begrenzt aufgenommen werden.
- Direkte Beobachtung und klinische Interpretation erhalten hohes Gewicht.
- Standardisierte autismusbezogene Auffälligkeiten werden durch andere Diagnosen relativiert.
- Ein mögliches Spezialinteresse wird nicht anerkannt.
- Der Widerspruch kann persönlichkeitsbezogen gelesen werden.
- Die Person wird als nicht autistisch klassifiziert.
- Ihre Daten verlassen damit die Autismuspopulation.

Der Fall wird anschließend nicht zu einem Beispiel möglicher diagnostischer Begrenzung. Er wird zu einem Nichtautismusfall. Genau diese Umwandlung ist wissenschaftlich relevant.

Die Spezialambulanz als Produzentin ihres eigenen Forschungsgegenstandes

Für die Humboldt-Universität besitzt diese Selektionsproblematik eine besondere Bedeutung. Die Einrichtung trägt nicht zufällig den Namen **Spezialambulanz für Soziale Interaktion**. Sie ist institutionell eng mit der von Prof. Dr. Isabel Dziobek geleiteten Arbeitsgruppe *Klinische Psychologie*

Sozialer Interaktion verbunden. Der offizielle Forschungsschwerpunkt liegt auf den bio-psycho-sozialen Mechanismen sozialer Interaktion und ihren Störungen; in Dziobeks Forschung spielen unter anderem soziale Kognition, Emotionserkennung, Mental-State-Verstehen und beobachtbares Interaktionsverhalten eine zentrale Rolle.

Gerade daraus ergibt sich eine methodische Spannung. Eine Ambulanz, deren klinische und wissenschaftliche Identität stark auf sozialer Interaktion ausgerichtet ist, könnte dazu neigen, Autismus vor allem dort zuverlässig zu erkennen, wo er in dieser Dimension deutlich beobachtbar und mit den verwendeten sozialkognitiven Modellen erfassbar wird. Das bedeutet nicht, dass andere Bereiche grundsätzlich ignoriert würden oder dass eine bestimmte Diagnose absichtlich verhindert werde. Es stellt sich jedoch die Frage, ob langfristige Bindungsstrukturen, Monotropismus, Eigenzeit, die Kosten erlernter Kompensation und ungewöhnliche Formen hoch entwickelter sozialer Performanz innerhalb dieses Forschungsrahmens dasselbe Gewicht erhalten wie unmittelbar beobachtbare soziale Reziprozität.

Der vorliegende Fall ist gerade deshalb problematisch. Würden viele Personen mit einem ähnlichen Profil – sprachlich hoch kompetent, in strukturierten Zweiergesprächen sozial reziprok, stark maskierend, zugleich aber über Jahrzehnte funktional schwer beeinträchtigt und an eine ungewöhnlich enge Lebens- und Werkstruktur gebunden – in die diagnostizierte Autismuspopulation aufgenommen, könnte dies die theoretische Schwerpunktsetzung der Ambulanz herausfordern. Eine solche Population wäre weniger eindeutig durch sichtbare Defizite sozialer Interaktion charakterisiert. Sie würde stärker zeigen, dass soziale Kompetenz situativ erlernt, performativ hergestellt und mit erheblichen Kosten verbunden sein kann, während der eigentliche autistische Zusammenhang möglicherweise deutlicher in Bindungsform, Lebensorganisation und langfristiger Kontextabhängigkeit hervortritt.

Darin liegt kein Nachweis einer bewussten Selektion durch Prof. Dziobek oder ihre Ambulanz. Es liegt jedoch ein grundlegendes Problem kliniknaher Forschung vor: Die Institution diagnostiziert die Personen, die später ihre Autismuspopulation bilden, und untersucht anschließend an dieser Population jene Merkmale, die bereits bei der diagnostischen Auswahl besonderes Gewicht besaßen. Wird soziale Interaktion stark gewichtet, gelangen möglicherweise vor allem Personen mit dort deutlich sichtbaren Auffälligkeiten in die Gruppe. Zeigt die Forschung anschließend ausgeprägte Unterschiede sozialer Kognition oder Interaktion, kann dies als Bestätigung des Ausgangsmodells erscheinen, obwohl die Population zuvor teilweise anhand genau dieses Modells selektiert wurde.

Die Ambulanz wäre damit nicht nur Beobachterin einer bereits gegebenen Autismuspopulation. Sie wäre an deren Herstellung beteiligt.

Für die Arbeit von Prof. Dziobek ergibt sich daraus eine besonders wichtige kritische Frage:

> In welchem Umfang beschreiben die an der Spezialambulanz untersuchten Populationen Autismus selbst, und in welchem Umfang spiegeln sie die sozialinteraktionelle Ausrichtung jener Institution wider, die entscheidet, wer als autistisch in diese Population aufgenommen wird?

Diese Frage richtet sich nicht gegen die Legitimität sozialkognitiver Forschung. Die Untersuchung sozialer Interaktion hat wesentliche Erkenntnisse und therapeutische Ansätze hervorgebracht; die

Arbeitsgruppe entwickelt ausdrücklich diagnostische und therapeutische Verfahren für autistische Erwachsene. Gerade deshalb muss sie jedoch die Möglichkeit ernst nehmen, dass ihr klinischer Zugang bestimmte Erscheinungsformen von Autismus besser erkennt als andere.

Der Fall des Autors könnte hier als **negativer Grenzfall des Forschungsmodells** verstanden werden. Er verkörperte zahlreiche soziale und biografische Schwierigkeiten, zeigte aber im diagnostischen Raum nicht das erwartete Maß beobachtbarer sozialer Auffälligkeit. Seine Aufnahme in die Autismuspopulation hätte daher nicht nur die Diagnose eines Einzelnen betroffen. Sie hätte die Frage aufgeworfen, ob die theoretische Konzentration auf soziale Interaktion bei bestimmten komplexen Erwachsenen gerade dasjenige übersieht, was sie zu erklären beansprucht.

Wird ein solcher Fall ausgeschlossen, bleibt das bestehende Modell vergleichsweise stabil.

Wird er aufgenommen, muss das Modell möglicherweise erweitert werden. Dann könnte mit Drittmitteln finanzierte Software, die in der Ambulanz auch entwickelt wurde, zur Verbesserung der Diagnostik nicht mehr als ganz so treffsicher erscheinen.

Genau deshalb darf die diagnostische Entscheidung nicht vollständig von jener theoretischen Perspektive abhängig bleiben, deren Reichweite durch den Fall selbst geprüft wird. Andernfalls besteht das Risiko, dass die Spezialambulanz ihre eigene wissenschaftliche Grundannahme klinisch reproduziert: Sie erkennt als Autismus bevorzugt, was innerhalb ihrer Theorie sozialer Interaktion bereits als autistisch lesbar ist, und klassifiziert das schwer Integrierbare außerhalb der Population.

Der Fall beweist nicht, dass dies bei der Humboldt systematisch geschieht. Er macht jedoch sichtbar, weshalb die diagnostische Ausschlussgruppe für die Forschung von Prof. Dziobek ebenso relevant sein müsste wie die diagnostisch bestätigte Gruppe. Gerade Menschen wie der Autor könnten zeigen, wo die sozialinteraktionelle Perspektive endet, welche autistischen Strukturen sie nicht ausreichend erfasst und in welchem Maß die Ambulanz durch ihre Diagnostik den Gegenstand erzeugt, den ihre Forschung anschließend beschreibt.

Eine noch grundlegendere Frage lautet, ob die Ambulanz überhaupt Autismus selektiert oder ob sie vor allem jene Formen sozialer Auffälligkeit selektiert, die innerhalb ihres theoretischen Modells als autistisch gelten. Bewertet eine Diagnostik primär beobachtbare soziale Reziprozität und Interaktion, während monotrope Aufmerksamkeit, Hyper-Systemizing, langfristige Spezialinteressen und andere Formen autistischer Informationsverarbeitung eine geringere diagnostische Rolle spielen, dann beschreibt die entstehende Population möglicherweise nicht Autismus insgesamt, sondern jene Form von Autismus, die unter diesen theoretischen Voraussetzungen besonders sichtbar wird.

Möglicherweise liegt die eigentliche Herausforderung der Autismus-Diagnostik nicht mehr primär im klinischen Erkennen psychischer Symptome, sondern im Verständnis neurodivergenter Kognition. Dann würde sich langfristig die Frage stellen, ob Kliniker:innen allein die geeigneten Expert:innen für die Beurteilung komplexer Autismusprofile sind oder ob diagnostische Verfahren künftig wesentlich stärker durch Erkenntnisse der Kognitionswissenschaft, der Neurodiversitätsforschung und partizipativer Forschung geprägt werden müssen.

Unterschiedliche theoretische Gewichtungen im internationalen Feld

Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Autismus-Diagnostik international keineswegs auf einem einheitlichen theoretischen Modell beruht. In Deutschland wirkt weiterhin stark eine klinische Tradition fort, die Autismus vor allem über Beeinträchtigungen sozialer Kommunikation, sozialer Reziprozität und Theory of Mind beschreibt. Auch die deutsche S3-Leitlinie zur Diagnostik von Autismus war deutlich an diesen klassischen Kernbereichen und beobachtbaren Defiziten orientiert.

Im internationalen Forschungsfeld haben sich daneben stärker relationale und erfahrungsorientierte Modelle etabliert. Das **Double-Empathy-Problem** versteht Missverständnisse zwischen autistischen und nichtautistischen Menschen nicht allein als Defizit der autistischen Person, sondern als wechselseitige Schwierigkeit zwischen unterschiedlich wahrnehmenden und kommunizierenden Gruppen. Empirische Arbeiten zeigen, dass nichtautistische Personen autistische Menschen ebenfalls weniger genau verstehen und dass soziale Verbindung zwischen autistischen Personen teilweise besser gelingt als in gemischten Interaktionen.

In diesem Feld hat auch der Autor umfangreich publiziert.

Der **Monotropismus** verschiebt die Aufmerksamkeit nochmals stärker von einem primären Sozialdefizit auf die Organisation von Aufmerksamkeit und Bindung. Er beschreibt eine Konzentration begrenzter Aufmerksamkeitsressourcen auf wenige, intensiv verbundene Interessen- und Handlungskanäle und kann dadurch Schwierigkeiten mit Wechseln, Unterbrechungen, konkurrierenden Anforderungen und sozialer Mehrdeutigkeit erklären. Das Modell wurde bereits 2005 ausdrücklich als alternative Erklärung der diagnostischen Autismusmerkmale formuliert, ist jedoch bis heute weit weniger fest in klinischen Routinen verankert als sozialkognitive Modelle.

Diese Differenzen dürfen nicht zu der vereinfachenden Behauptung führen, Deutschland ignoriere Double Empathy und Monotropismus vollständig, während der übrige internationale Forschungsraum sie bereits einheitlich übernommen habe. Auch international bleiben Theory-of-Mind-Modelle einflussreich, und sowohl Double Empathy als auch Monotropismus werden wissenschaftlich weiter geprüft und kontrovers diskutiert. Entscheidend ist vielmehr die unterschiedliche **Gewichtung**: Wird soziale Schwierigkeit primär als individuelles Defizit betrachtet, erhalten sichtbare Reziprozität und klinische Interaktion besonderes Gewicht. Wird sie relational oder aufmerksamkeitsbezogen verstanden, gewinnen Kontext, Passung, Bindungsstruktur, Kompensation und die Kosten sozialer Performanz an Bedeutung.

Es ist aber auffällig, dass in den Medien erscheinende Autist:innen international oft viel weniger auffällig erscheinen, als deutsche Autist:innen. Dies hat auch mit dem Auswahlvorurteil der Medien zu tun, aber möglicherweise nicht nur.

Für den vorliegenden Fall ist diese Differenz zentral. Innerhalb eines stark sozialdefizitorientierten Modells konnte die situativ gelingende Interaktion des Autors gegen Autismus sprechen. Innerhalb eines Double-Empathy- und Monotropismus-Modells konnte dieselbe Situation anders gelesen werden: als erlernte soziale Performanz in einem strukturierten Setting, während die eigentliche autistische Struktur stärker in langfristiger Bindung, Kontextabhängigkeit, Wechselproblemen und der wiederholten Kollision unterschiedlicher Relevanzordnungen sichtbar wurde. Die diagnostische

Entscheidung hing daher möglicherweise nicht nur von den vorhandenen Daten ab, sondern auch davon, welches Autismusmodell bestimmte, was in diesen Daten überhaupt als zentral gelten konnte.

Die zentrale Forschungsfrage

Die übergeordnete Forschungsfrage lautet daher:

> In welchem Maß beschreibt die klinisch diagnostizierte Autismuspopulation tatsächlich Autismus – und in welchem Maß beschreibt sie die Fähigkeit bestehender Institutionen, bestimmte Formen von Autismus zu erkennen?

Diese Frage richtet sich nicht gegen klinische Forschung.

Sie verlangt eine Erweiterung ihres Gegenstands.

Autismusforschung darf nicht nur jene untersuchen, die erfolgreich durch den diagnostischen Filter gelangt sind.

Sie muss auch den Filter selbst untersuchen.

Dazu gehören:

- die Abgelehnten;
- die Grenzfälle;
- die später anders Diagnostizierten;
- die stark Maskierenden;
- die ungewöhnlichen Lebensverläufe;
- und jene, die nach einer negativen Diagnose weiterhin ein autistisches Erleben berichten.

Erst dann kann geklärt werden, ob Diagnostik eine vorhandene Population erkennt oder ihre eigene Population erzeugt.

Die bisherigen Kapitel haben damit den Weg von der individuellen Untersuchung bis zur wissenschaftlichen Reproduktion des Filters rekonstruiert. Der folgende Abschnitt muss daraus konkrete Mindeststandards ableiten: Wie müsste eine partizipative, transparente und fehlersensible Erwachsenendiagnostik gestaltet sein, damit sie ihre eigenen Selektionsgrenzen nicht länger als Wahrheit über die Person ausgibt?

22. Mindeststandards einer partizipativen und fehlersensiblen Erwachsenendiagnostik

Aus den vorangegangenen Kapiteln ergibt sich nicht die Forderung, klinische Diagnostik durch Selbsteinschätzung zu ersetzen. Ebenso wenig folgt daraus, dass jede Person, die sich als autistisch versteht, automatisch eine formale Diagnose erhalten müsste.

Die zentrale Forderung ist begrenzter und zugleich anspruchsvoller:

> Erwachsenendiagnostik muss ihre eigene Fehlbarkeit, ihre Selektionsbedingungen und ihre Machtfolgen methodisch berücksichtigen.

Gerade bei spät diagnostizierten, stark kompensierenden und biografisch komplexen Menschen genügt es nicht, standardisierte Verfahren ordnungsgemäß durchzuführen und anschließend auf eine klinische Gesamtschau zu verweisen. Ein wissenschaftlich tragfähiges Verfahren muss sichtbar machen, wie widersprüchliche Evidenz gewichtet wurde, welche Daten nicht ausreichend aufgenommen werden konnten und wie mit verbleibender Unsicherheit umgegangen wird.

Der vorliegende Fall legt dafür mehrere Mindeststandards nahe. Sie sollen klinisches Urteil nicht ersetzen, sondern dessen Nachvollziehbarkeit, Korrigierbarkeit und ethische Legitimität erhöhen.

22.1 Transparenz über institutionelle Konflikte

Vor Beginn der Diagnostik muss offengelegt werden, wenn zwischen der untersuchten Person und der diagnostizierenden Institution ein vorausgehender Konflikt besteht.

Dazu gehören insbesondere:

- Klagen;
- Beschwerden;
- öffentliche Kritik;
- laufende Forschungs- oder Medienverfahren;
- persönliche Vorbefassung der Leitung;
- und interne Kommunikation über die betroffene Person.

Die entscheidende Frage lautet nicht erst, ob eine bewusste Befangenheit bewiesen werden kann. Entscheidend ist, ob ein vorhersehbares Risiko für eine verzerrte Wahrnehmung oder für den Anschein mangelnder Unabhängigkeit besteht.

In solchen Fällen sollte geprüft werden, ob die Diagnostik durch eine andere Einrichtung oder zumindest durch ein institutionell unabhängiges Team durchgeführt werden kann. Ist dies nicht möglich, müssen die Schutzmaßnahmen transparent dokumentiert werden.

Neutralität darf nicht lediglich behauptet werden.

Sie muss verfahrensförmig hergestellt werden.

22.2 Trennung von Nichtbestätigung und Ausschluss

Ein besonders wichtiger Mindeststandard betrifft die Sprache negativer Befunde.

Es muss klar unterschieden werden zwischen:

> Die diagnostischen Kriterien konnten nicht hinreichend bestätigt werden.

und:

> Autismus liegt nicht vor.

Die erste Aussage beschreibt das Ergebnis eines konkreten Verfahrens.

Die zweite erhebt einen umfassenden Anspruch über die Person.

Ein sicherer Ausschluss setzt voraus, dass das verwendete Verfahren das konkrete Profil mit hinreichender Zuverlässigkeit erfassen konnte und dass die wesentlichen Gegenbefunde nachvollziehbar erklärt wurden. Wenn das technisch oder vom Budget der Krankenkasse her nicht möglich ist, muss das transparent gemacht werden.

Wo Masking, hohe Kompensation, fehlende Entwicklungsdaten, widersprüchliche Testwerte oder nicht ausreichend prüfbare Langzeitevidenz vorliegen, muss diese Unsicherheit im Befund erhalten bleiben.

Klinische Redlichkeit zeigt sich nicht in maximaler Eindeutigkeit. Sie zeigt sich in der präzisen Begrenzung dessen, was tatsächlich gewusst werden kann.

22.3 Biografische Langzeitevidenz als eigenständige Datenquelle

Bei älteren Erwachsenen darf die Lebensgeschichte nicht lediglich als Hintergrundinformation behandelt werden.

Sie ist ein zentraler Teil der Diagnostik.

Je länger ein Mensch mit einem möglichen neuroentwicklungsbezogenen Profil gelebt hat, desto stärker muss untersucht werden:

- unter welchen Bedingungen Funktionsfähigkeit möglich war;
- welche Kontexte regelmäßig scheiterten;
- welche Anpassungsstrategien entwickelt wurden;
- wie sich Interessen und Bindungen über Jahrzehnte verhielten;
- welche Kosten soziale Kompensation verursachte;
- und welche sekundären Erkrankungen entstanden.

Die klinische Momentaufnahme kann diese Langzeitstruktur ergänzen.

Sie kann sie nicht ohne Weiteres überschreiben.

Besonders wichtig ist dabei die Unterscheidung zwischen sichtbarer Fähigkeit und funktionaler Tragfähigkeit. Eine Person kann in einer strukturierten Testsituation sozial kompetent erscheinen und dennoch außerhalb dieses Settings dauerhaft erheblich beeinträchtigt sein.

22.4 Geordnete Aufnahme umfangreicher Evidenz

Eine Ambulanz kann nicht verpflichtet werden, mehrere tausend Seiten vollständig zu lesen.

Sie muss jedoch ein Verfahren besitzen, mit dem umfangreiche Evidenz geordnet aufgenommen werden kann.

Dazu könnte gehören:

- eine vorab eingereichte strukturierte Zusammenfassung;
- eine Auswahl zentraler biografischer Dokumente;
- eine zeitliche Chronologie;
- eine Übersicht wiederkehrender Funktionsmuster;
- und eine Begründung, weshalb bestimmte Materialien diagnostisch relevant sind.

Die Institution müsste anschließend offenlegen:

- welche Materialien geprüft wurden;
- welche nur ausschnittsweise berücksichtigt wurden;
- welche nicht geprüft werden konnten;
- und welche Begrenzung daraus für die diagnostische Sicherheit folgt.

Nicht gelesene Evidenz darf nicht so behandelt werden, als sei sie geprüft und verworfen worden.

22.5 Die diagnostische Evidenzmatrix

Bei komplexen und widersprüchlichen Fällen sollte eine diagnostische Evidenzmatrix Teil der Dokumentation werden.

Für jeden Kernbereich müsste sie mindestens enthalten:

Bereich	Evidenz dafür	Evidenz dagegen	Begrenzungen	Alternativerklärung	Gewichtung
Soziale Kommunikation	Langzeitprobleme, Masking, Fremdeinschätzung	situativ gute Reziprozität	künstliches Setting, hohe Kompensation	soziale Angst, ADHS	begründet
Repetitive und gebundene Strukturen	intensive Werkbindung, Übergangsprobleme	wenig sichtbare stereotype Merkmale	Langzeitevidenz nur teilweise geprüft	Berufung, Hyperfokus	begründet
Entwicklungsverlauf	stabile biografische Muster	fehlende frühe Dokumente	Alter, Quellenverlust	spätere Belastungsentwicklung	begründet

Eine solche Matrix entscheidet nicht mechanisch über die Diagnose.

Sie verhindert aber, dass die Gesamtschau zu einer nicht überprüfbaren Schlussformel wird. Sie zwingt das Verfahren dazu, sichtbar zu machen, welche Daten tatsächlich miteinander verglichen wurden.

22.6 Korrekturrecht vor Abschluss des Befunds

Partizipation bedeutet nicht, dass der Patient das Ergebnis bestimmt.

Sie bedeutet jedoch, dass zentrale Missverständnisse korrigiert werden können, bevor sie sich zu einem abgeschlossenen Urteil verdichten.

Vor der endgültigen Fallkonferenz oder Befundfreigabe sollte die untersuchte Person daher zumindest eine knappe Zusammenfassung zentraler anamnestischer Feststellungen erhalten.

Zum Beispiel:

- Welche Hauptprobleme wurden verstanden?
- Welche langfristigen Muster wurden angenommen?
- Welche alternativen Erklärungen werden geprüft?
- Welche Aussagen wurden als besonders diagnostisch relevant interpretiert?

Die Person könnte dann sachliche Fehler, Verkürzungen oder Kontextverluste markieren. Die diagnostische Entscheidung bliebe weiterhin bei der Fachstelle. Aber sie würde auf einer überprüften Tatsachengrundlage beruhen. Ein Widerspruch darf nicht erst dann möglich sein, wenn seine diagnostische Bedeutung bereits festgelegt wurde und Korrekturen nicht mehr möglich sind, sprich wie bei der Humboldt abgelehnt werden.

22.7 Symmetrische Fehlersensibilität

Alle beteiligten Wissensformen sind fehlbar.

Dazu gehören:

- Selbstauskunft;
- Fremdanamnese;
- Fragebogen;
- ADOS;
- klinisches Interview;
- Beobachtung;
- Fallkonferenz;
- und Gesamtschau.

Eine fehlersensible Diagnostik darf nicht nur nach Verzerrungen auf Patientenseite suchen. Sie muss auch mögliche klinische Fehlerquellen benennen:

- Bestätigungsfehler;
- theoretische Vorprägung;
- Zeitdruck;
- Verkürzung von Notizen;
- Klassismus;
- institutionelle Abwehr;
- Übergewichtung sozialer Performanz;
- und mangelnde Kenntnis neuerer Autismusmodelle.

Die mögliche Selbsttäuschung der untersuchten Person ist diagnostisch relevant. Die mögliche Selbstbestätigung der Institution ist es ebenfalls.

22.8 Trennung von Primärstruktur, Komorbidität und Folgeerkrankung

Angst, Depression, Erschöpfung und ADHS dürfen weder automatisch als Belege für Autismus noch automatisch als Gegenargumente behandelt werden.

Es muss geprüft werden:

- Welche Merkmale bestanden zuerst?
- Welche entwickelten sich später?
- Welche sind möglicherweise sekundäre Folgen chronischer Überforderung?
- Welche bestehen unabhängig voneinander?
- Welches Modell erklärt die zeitliche Entwicklung am besten?

Eine differenzialdiagnostische Alternative muss mehr leisten, als einzelne Phänomene auf mehrere Kategorien zu verteilen. Sie muss zeigen, weshalb diese Kategorien gemeinsam die Lebensstruktur besser erklären. Insbesondere darf eine Folge des Unerkanntseins nicht zum Beleg des Nichtvorliegens werden.

22.9 Besondere Begründungspflicht bei Persönlichkeitsdiagnosen

Persönlichkeitsbezogene Zuschreibungen besitzen eine besondere moralische und institutionelle Wirkung. Sie können die Glaubwürdigkeit der Person langfristig beeinflussen und spätere Beschwerden als Symptom erscheinen lassen.

Deshalb müssen sie besonders sorgfältig hergeleitet werden.

Notwendig wären:

- mehrere kontextübergreifende Beispiele;
- langfristige Stabilität;
- Ausschluss situativer Konfliktdynamiken;
- Prüfung alternativer neurodivergenter Erklärungen;
- und klare Trennung zwischen sachlichem Widerspruch und persönlichkeitsbedingter Reaktion.

Einzelne Aussagen über Anerkennung, Neid, Selbstwert oder Bedeutung der eigenen Arbeit reichen nicht aus, wenn ihr biografischer und sozialer Kontext nicht berücksichtigt wird. Je stärker eine Diagnose die moralische Wahrnehmung einer Person verändert, desto höher muss die Evidenzdichte sein.

22.10 Schutz vor selbstversiegelnden Interpretationen

Ein diagnostisches Modell muss grundsätzlich korrigierbar bleiben.

Es darf nicht so konstruiert sein, dass jede mögliche Reaktion seine Richtigkeit bestätigt. Daher muss methodisch getrennt werden zwischen:

dem Inhalt eines Einwands

und:

der Art, wie dieser Einwand vorgetragen wird.

Zuerst ist der sachliche Einwand zu prüfen.

Erst danach darf seine kommunikative Form diagnostisch interpretiert werden. Andernfalls kann ein möglicher Fehler durch die Reaktion auf diesen Fehler stabilisiert werden. Eine Diagnose darf nicht dadurch wahr werden, dass die betroffene Person sich gegen sie verteidigt.

22.11 Anerkennung unterschiedlicher Autismusmodelle

Eine zeitgemäße Erwachsenendiagnostik darf nicht ausschließlich auf ein sozialdefizitorientiertes Modell beschränkt bleiben.

Sie sollte unterschiedliche theoretische Perspektiven prüfen:

- klassische Modelle sozialer Kommunikation;
- Theory of Mind;
- Double Empathy;
- Monotropismus;
- Masking und Kompensation;
- sensorische und aufmerksamkeitsbezogene Modelle;
- sowie langfristige Bindungs- und Kontextstrukturen.

Diese Modelle müssen nicht gleich gewichtet werden.

Aber es muss sichtbar sein, welches Modell den diagnostischen Blick bestimmt.

Gerade bei Fällen, in denen soziale Interaktion situativ gelingt, während biografisch schwere Funktionsprobleme bestehen, kann eine ausschließlich sozialbeobachtende Perspektive wesentliche Daten verfehlen. Dies darf nicht vom Stil oder der Richtungshaltung der jeweiligen Ambulanz abhängen.

22.12 Unterstützung nach Funktionsprofil

Versorgung darf nicht vollständig von einem kategorialen Etikett abhängen.

Auch wenn Autismus nicht bestätigt werden kann, können erhebliche Einschränkungen bestehen.

Die Diagnostik sollte deshalb unabhängig vom abschließenden Code festhalten:

- welche Belastungen nachgewiesen sind;
- welche Umweltanpassungen sinnvoll erscheinen;
- welche Arbeitsbedingungen tragfähig sind;
- welche kommunikativen Hilfen benötigt werden;
- und welche Belastungen vermieden werden sollten.

Eine Person darf nicht deshalb ohne passende Unterstützung bleiben, weil ihr Profil diagnostisch nicht eindeutig klassifizierbar war. Unklarheit über die Kategorie bedeutet nicht Unklarheit über den Unterstützungsbedarf.

Neurodivergenz muss hier als Grundkategorie betrachtet werden, innerhalb dessen Überlappungen existieren. Diese müssen nicht immer zu einer Doppeldiagnose von ADHS und Autismus führen, aber sie dürfen auch nicht ignorieren, dass diese Überlappungen existieren und ein stark autistischer ADHSLer eben nicht einfach wie jemand mit nur ADHS behandelt werden darf.

Auch AuDHD muss in dessen Eigenarten eine Rolle spielen dürfen, ohne, oder gerade um Overshadowing nicht zu übersehen.

22.13 Unabhängige Zweitmeinung bei widersprüchlicher Evidenz

Bei stark divergierenden Befunden sollte eine unabhängige Zweitbeurteilung vorgesehen werden.

Das betrifft insbesondere Konstellationen mit:

- hohen Screeningwerten;
- auffälliger Fremdanamnese;
- niedrigem ADOS;
- plausibler Maskinggeschichte;
- komplexer Komorbidität;
- fehlenden Kindheitsdaten;
- und erheblichen biografischen Funktionsproblemen.

Eine Zweitmeinung darf nicht nur theoretisch empfohlen werden. Sie muss praktisch erreichbar sein.

Unter Bedingungen jahrelanger Wartelisten ist der bloße Hinweis, die Person könne sich anderswo erneut vorstellen, keine reale Absicherung.

22.14 Follow-up negativer Grenzfälle

Negative Diagnostik sollte bei komplexen Grenzfällen nicht zwingend als endgültiger Abschluss verstanden werden.

Ein Follow-up könnte prüfen:

- ob das Alternativmodell therapeutisch trägt;
- ob die funktionalen Probleme dadurch verständlicher werden;
- ob neue biografische Daten auftauchen;
- ob sich frühere Annahmen als unzutreffend erweisen;
- und ob eine erneute diagnostische Prüfung notwendig wird.

Ein System, das negative Entscheidungen nie überprüft, kann seine falsch-negative Rate nicht kennen. Fehlersensibilität verlangt daher institutionelle Lernfähigkeit.

22.15 Safeguarding und Krisennachsorge

Vorhersehbar destabilisierende Rückmeldungen müssen vorbereitet werden.

Dazu gehören:

- ausreichende Gesprächszeit;
- klare Unsicherheitskommunikation;
- ein kurzfristiges Nachgespräch;
- Krisenkontakte;
- Weitervermittlung;
- und eine konkrete Perspektive für die nächsten Schritte.

Die Institution darf einen hoch vulnerablen Menschen nicht mit einem existenziell folgenreichen Ergebnis entlassen, ohne zu klären, wie die unmittelbaren Folgen aufgefangen werden.

Der Fall endet nicht dort, wo der Bericht unterschrieben wird.

22.16 Forschung mit den Abgelehnten

Schließlich muss die Qualität der Diagnostik an den ausgeschlossenen Fällen untersucht werden.

Erforderlich sind systematische Studien über Menschen, die trotz hoher autismusbezogener Evidenz eine negative Diagnose erhalten.

Zu prüfen wäre:

- Wie häufig erfolgt später doch eine Autismusdiagnose?
- Welche Alternativdiagnosen wurden vergeben?
- Welche gesundheitlichen Folgen hatte der Ausschluss?
- Welche Profile waren besonders häufig betroffen?
- Welche Instrumente erwiesen sich rückblickend als irreführend?
- Und welche Rolle spielten Masking, Alter, Hochbegabung und Komorbidität?

Die abgelehnte Person ist nicht bloß ein abgeschlossener Nichtfall.

Sie ist eine mögliche Erkenntnisquelle über die Grenzen des Verfahrens.

Von partizipativer Diagnostik zu geteilter Erkenntnisverantwortung

Das Prinzip „Nichts über uns ohne uns“ verlangt in der Diagnostik weder die Abschaffung klinischer Fachkompetenz noch ein Vetorecht der untersuchten Person.

Es verlangt eine andere Verteilung epistemischer Verantwortung.

Die Fachperson bringt klinische Erfahrung, Vergleichswissen und methodische Kompetenz ein.

Die untersuchte Person bringt die Langzeitkenntnis ihres Erlebens, ihrer Kompensation und ihrer Funktionsbedingungen ein.

Fremdpersonen bringen beobachtete Alltagserfahrungen ein. Standardisierte Instrumente bringen Vergleichbarkeit ein. Wissenschaftliche Forschung bringt Wissen über Grenzen, Fehlerquoten und alternative Modelle ein. Keine dieser Ebenen ist allein ausreichend.

Eine partizipative Diagnostik organisiert ihre Beziehung so, dass keine Quelle zur bloßen Rohdatenlieferantin und keine andere zur unsichtbaren Wahrheitsinstanz wird.

Der Mindeststandard wissenschaftlicher Redlichkeit

Eine fehlersensible Diagnostik muss nicht unfehlbar sein.

Sie muss zeigen können:

- was sie wusste;
- was sie nicht wusste;
- welche Evidenz sie prüfte;
- welche sie nicht prüfen konnte;
- wie sie Widersprüche gewichtete;
- welches Alternativmodell sie annahm;
- und welche Unsicherheit bestehen blieb.

Der Mindeststandard lautet daher:

> Je folgenreicher das Urteil, desto nachvollziehbarer muss sein Erkenntnisweg sein.

Die bisherige Untersuchung legt nahe, dass gerade dieser Übergang von Evidenz zu Urteil im untersuchten Verfahren nicht hinreichend transparent war.

Das abschließende Kapitel führt diese Befunde zusammen. Dabei geht es nicht um ein behauptetes Recht des Autors auf eine bestimmte Diagnose. Es geht um das Recht jedes Menschen auf eine Diagnostik, die ihre eigenen Grenzen kennt, ihre Entscheidungen überprüfbar begründet und die Folgen ihrer möglichen Fehler nicht vollständig auf die Betroffenen abwälzt.

Nicht jeder diagnostische Grenzfall kann innerhalb der Routinen klinischer Versorgung angemessen aufgeklärt werden. Wo jahrzehntelange biografische Evidenz, umfangreiche Werkdokumentation, hohe Kompensation, Komorbidität und widersprüchliche diagnostische Daten zusammentreffen, kann die Wiederholung desselben standardisierten Verfahrens lediglich denselben Erkenntnisengpass reproduzieren. In solchen Fällen wäre eine interdisziplinäre, partizipative und ergebnisoffene Fallforschung zu erwägen, die klinische, biografische, werkbezogene und institutionelle Evidenz nach transparenten Kriterien integriert. Ihr Ziel wäre nicht die Bestätigung einer gewünschten Diagnose, sondern die Prüfung, welches Erklärungsmodell die Gesamtheit der verfügbaren Daten am besten trägt und welche Grenzen die vorhandenen Diagnoseinstrumente besitzen.

23. Schlussfolgerung: Nicht das Recht auf eine Diagnose, sondern auf eine überprüfbare Diagnostik

Diese Untersuchung begann mit der Frage, was geschieht, wenn ein Mensch nach jahrelanger Suche endlich Zugang zu einer spezialisierten Autismus-Diagnostik erhält.

Die vorausgehende Studie hatte den Ausschluss vor der Diagnostik untersucht: 1.667 Menschen konkurrierten um ungefähr 25 Plätze. Der Zugang zu Klärung, Rechten und Unterstützung wurde dadurch faktisch vom Zufall abhängig. Die vorliegende Untersuchung setzte an dem seltenen Punkt ein, an dem dieser erste Filter überwunden worden war.

Sie zeigte, dass der Zugang zu einem Verfahren noch nicht bedeutet, dass die vorhandene Wirklichkeit innerhalb dieses Verfahrens angemessen erfasst wird.

Der zweite Filter lag in der Diagnostik selbst.

Kein Anspruch auf Bestätigung

Der Autor hatte keinen Anspruch darauf, dass seine Autismus-Hypothese automatisch bestätigt wurde.

Weder eine intensive Selbstidentifikation noch hohe Fragebogenwerte, eine außergewöhnliche Werkbiografie oder eigene Forschung können für sich allein eine klinische Diagnose erzwingen. Eine diagnostische Institution muss zu einem abweichenden Ergebnis gelangen dürfen.

Die Kritik dieses Papers richtet sich deshalb nicht gegen die Möglichkeit eines negativen Befunds.

Sie richtet sich gegen die Bedingungen, unter denen ein solcher Befund wissenschaftliche und institutionelle Geltung beansprucht.

Die zentrale Frage lautet nicht:

> Hätte die Humboldt den Autor diagnostizieren müssen?

Sie lautet:

> Konnte die Humboldt nachvollziehbar zeigen, dass sie die vorhandene Evidenz ausreichend erfasst, konkurrierende Erklärungsmodelle symmetrisch geprüft und die Grenzen ihres Verfahrens angemessen in die Reichweite ihres Urteils übersetzt hatte?

Die vorliegende Dokumentation begründet daran erhebliche Zweifel.

Der Weg von der Person zum Befund

Das diagnostische Ergebnis entstand nicht durch einen unmittelbaren Zugriff auf eine objektiv vorliegende Wahrheit.

Zwischen dem gelebten Leben und dem späteren Befund lagen zahlreiche Übersetzungen:

Leben → Erinnerung → Selbstauskunft → Nachfrage → Beobachtung → Notiz → Interpretation → Fallkonferenz → Bericht.

Jeder dieser Schritte konnte relevante Informationen erhalten, verkürzen, umdeuten oder verlieren.

Der Autor brachte eine über Jahrzehnte entstandene biografische und werkbezogene Langzeitevidenz ein. Er ist selbst in der Autismusforschung aktiv.

Die Ambulanz begegnete ihm mit einem zeitlich begrenzten klinischen Verfahren, standardisierten Instrumenten, kurzen Beobachtungssituationen und einer späteren Gesamtschau, deren innere Gewichtung für den Betroffenen nicht überprüfbar war.

Das entscheidende Problem bestand nicht darin, dass klinische Beobachtung grundsätzlich ungeeignet wäre.

Es bestand darin, dass die institutionell erzeugte Momentaufnahme Vorrang vor einer umfangreicheren Langzeitrealität erhielt, ohne dass dieser Vorrang hinreichend begründet wurde.

Das Verschwinden der Evidenz

Ein erheblicher Teil der vorgelegten Evidenz verschwand nicht vollständig aus dem Verfahren.

Er verlor seine ursprüngliche Bedeutung.

Die fast dreißigjährige Bindung an ein einziges Werk wurde nicht erkennbar als mögliches Spezialinteresse oder monotrope Lebensorganisation integriert.

Hohe AQ- und SRS-Werte blieben dokumentiert, wurden aber durch alternative Diagnosen relativiert.

Die Möglichkeit von Masking und begrenzter ADOS-Sensitivität wurde im Befund selbst anerkannt, ohne dass daraus eine entsprechende Begrenzung des Ausschlussurteils folgte.

Die außergewöhnlich hohe Selbstkenntnis des Autors wurde nicht notwendig als Erkenntnisressource behandelt. Sie konnte in ein Modell von Überzeugtheit, Selbstüberhöhung oder narzisstischer Akzentuierung übergehen.

Damit wurden Daten nicht einfach ignoriert.

Sie wechselten das Erklärungssystem.

Aus möglicher neurodivergenter Evidenz wurde Material für eine persönlichkeitsbezogene Alternativdeutung.

Die Asymmetrie der Beweislast

Besonders auffällig war die ungleiche Beweislast.

Für die Autismus-Hypothese schien eine hohe Schwelle zu gelten. Beobachtbare soziale Reziprozität, ein niedriger ADOS-Wert und nicht eindeutig rekonstruierbare Kindheitsmerkmale konnten stark gegen sie gewichtet werden.

Für die narzisstische Persönlichkeitsakzentuierung blieb dagegen unklar, welche vergleichbar dichte, langfristige und kontextübergreifende Evidenz sie trug.

Gerade weil persönlichkeitsbezogene Zuschreibungen die Glaubwürdigkeit und moralische Wahrnehmung einer Person verändern können, hätten sie mindestens ebenso streng begründet werden müssen wie die abgelehnte Autismusdiagnose.

Eine diagnostische Alternative ist nicht bereits deshalb überlegen, weil sie institutionell formuliert wurde.

Sie muss mehr erklären als das Modell, das sie ersetzt.

Sie muss die Lebensgeschichte verbinden, nicht nur einzelne Reste auf verschiedene Kategorien verteilen.

Die selbstversiegelnde Gefahr

Die persönlichkeitsbezogene Deutung erzeugte zugleich die Gefahr einer selbstversiegelnden Struktur.

Widersprach der Autor, konnte dies als mangelnde Einsicht erscheinen. Verwies er auf die Bedeutung seines Werkes, konnte dies als Grandiosität gelesen werden. Forderte er eine überprüfbare Begründung, konnte dies als Anspruchshaltung gelten. Reagierte er emotional auf die institutionelle Entwertung seiner Selbsterklärung, konnte die Reaktion wiederum das Alternativmodell bestätigen.

Damit drohte die Diagnose gegen Korrektur geschützt zu werden.

Ein wissenschaftlich offenes Verfahren muss jedoch grundsätzlich die Möglichkeit zulassen, dass der Einwand des Patienten nicht Symptom, sondern Hinweis auf einen Fehler ist.

Eine Diagnose darf nicht dadurch wahr werden, dass die betroffene Person sich gegen sie verteidigt.

Institution und klinisches Urteil

Im untersuchten Fall kam eine außergewöhnliche institutionelle Vorgeschichte hinzu.

Die Ambulanz diagnostizierte einen Menschen, der sie zuvor verklagt, öffentlich kritisiert und zum Gegenstand einer international verbreiteten Studie gemacht hatte. Die Leitung der Ambulanz war über den Konflikt informiert und zeichnete den späteren Befund mit.

Dies beweist weder bewusste Vergeltung noch eine absichtlich falsche Diagnose.

Es begründete jedoch ein erhebliches Befangenheits- und Glaubwürdigkeitsrisiko.

Gerade deshalb wäre eine transparente Trennung zwischen institutionellem Konflikt und klinischer Entscheidung erforderlich gewesen. Eine externe Weitervermittlung, eine unabhängige Beurteilung oder zumindest eine offene Darstellung der internen Kenntnislage hätte das Verfahren absichern können.

Stattdessen wurde die Diagnostik formal wie ein gewöhnliches, unbelastetes Verfahren begonnen. Die Vorgeschichte verschwand jedoch nicht dadurch, dass über sie zunächst nicht gesprochen wurde.

Sie blieb als unsichtbare Bedingung im Raum.

Die theoretische Selektivität

Die Diagnose war zudem nicht unabhängig vom theoretischen Modell, durch das Autismus gelesen wurde.

Eine Spezialambulanz für Soziale Interaktion richtet ihren Blick notwendig stark auf soziale Kommunikation, Reziprozität und beobachtbares Interaktionsverhalten. Diese Perspektive ist fachlich legitim und wissenschaftlich produktiv.

Sie besitzt jedoch Grenzen.

Ein stärker sozialdefizitorientiertes Modell kann situativ gelingende Kommunikation gegen Autismus gewichten. Double-Empathy-Ansätze, Monotropismus, Maskingforschung und erfahrungsorientierte Modelle können dieselbe Situation anders interpretieren: als erlernte soziale Performanz, deren Kosten und Kontextabhängigkeit in einer kurzen Untersuchung kaum sichtbar werden.

Der Fall stellte daher nicht nur eine diagnostische Hypothese infrage.

Er stellte möglicherweise auch die Reichweite eines bestimmten Forschungsmodells infrage.

Gerade für die Arbeit von Prof. Dr. Isabel Dziobek und die Spezialambulanz ist dies eine relevante wissenschaftliche Frage. Wenn Personen mit einem Profil wie dem des Autors häufiger in die Autismuspopulation aufgenommen würden, könnte sich das Bild von Autismus verschieben: weg von einem primären Defizit sichtbarer sozialer Interaktion und stärker hin zu Fragen der Bindungsstruktur, Aufmerksamkeitsorganisation, Kompensation, Passung und langfristigen Funktionsfähigkeit.

Der Fall beweist keine bewusste theoretische Selektion.

Er zeigt jedoch das Risiko, dass eine Ambulanz bevorzugt jene Fälle als autistisch erkennt, die innerhalb ihres eigenen Modells bereits gut lesbar sind, und anschließend an dieser selektierten Population genau jene Merkmale erforscht, anhand derer die Auswahl zuvor erfolgte.

Die Institution beschreibt dann nicht nur ihren Forschungsgegenstand.

Sie wirkt an seiner Produktion mit.

Ressourcenknappheit und ontologische Überdehnung

Die diagnostische Entscheidung war außerdem Teil eines hochgradig ressourcenbegrenzten Systems.

Kurze Zeitfenster, standardisierte Abläufe, begrenzte Lesekapazität und fehlende reale Zweitdiagnostik sind keine bloßen organisatorischen Begleitumstände. Sie bestimmen, welche Evidenz überhaupt institutionell verarbeitet werden kann.

Problematisch wird dies, wenn die Grenze des Verfahrens als Grenze der Person ausgegeben wird.

Eine Ambulanz darf feststellen:

> Unter den gegebenen Bedingungen konnten die Kriterien nicht hinreichend bestätigt werden.

Sie darf daraus nicht ohne Weiteres folgern:

> Autismus ist nicht vorhanden.

Erkennbarkeit und Existenz sind nicht identisch. Wo das Verfahren bestimmte Profile nur begrenzt erfassen kann, muss diese Begrenzung Teil des Befunds bleiben.

Andernfalls wird Ressourcenknappheit ontologisiert:

> Was im verfügbaren Verfahren nicht hinreichend sichtbar wird, gilt als in der Person nicht vorhanden.

Die Folgen des Ausschlusses

Eine negative Diagnose stellt keinen neutralen Zustand her. Das Erleben bleibt bestehen.

Die soziale und berufliche Überforderung bleibt bestehen. Die Bindung an spezifische Arbeits- und Zeitstrukturen bleibt bestehen. Die Erschöpfung bleibt bestehen. Was verschwindet, ist die institutionelle Anerkennung eines Zusammenhangs.

Im vorliegenden Fall wurde Autismus nicht nur nicht bestätigt. Die autistische Selbsterklärung wurde durch andere Kategorien überschrieben. Dadurch entstand eine diagnostische Identitätslöschung: Die Person blieb mit ihren Erfahrungen zurück, wurde aber aus jener Kategorie entfernt, durch die diese Erfahrungen für sie erstmals zusammenhängend verständlich geworden waren.

Ein solcher Ausschluss kann Folgen für Behandlung, Sozialrecht, Selbstverständnis und spätere Begutachtungen besitzen.

Er kann sich in Akten fortschreiben. Zukünftige Beschwerden können im Licht einer dokumentierten Persönlichkeitsakzentuierung gelesen werden. Die Akte beginnt, die Person vorwegzunehmen.

Die Verantwortung für diagnostischen Schaden

Eine Institution muss ein negatives Ergebnis mitteilen dürfen, auch wenn es die betroffene Person schwer belastet.

Sie darf jedoch die Folgen ihres Urteils nicht vollständig externalisieren.

Je vulnerabler die Person, je knapper alternative Diagnostikmöglichkeiten und je folgenreicher der Befund, desto stärker sind Anforderungen an:

- Transparenz;
- Unsicherheitskommunikation;
- Nachsorge;
- unabhängige Überprüfung;
- und Unterstützung nach tatsächlichem Funktionsprofil.

Im untersuchten Fall wurde der Autor mit einer weitreichenden Personenbeschreibung entlassen, ohne dass eine gleichwertige Erklärung seiner Lebensstruktur oder ein unmittelbar erreichbarer alternativer Versorgungspfad erkennbar wurde.

Die Institution schloss den diagnostischen Vorgang ab. Die ungelöste Wirklichkeit verblieb bei der Person.

Die Produktion der Population

Der Fall reicht deshalb über den Einzelnen hinaus.

Wer negativ diagnostiziert wird, fehlt später in der Autismuspopulation.

Diese Person erscheint nicht in klinischen Statistiken, möglicherweise nicht in autismusspezifischer Forschung und nicht als autistische Stimme in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung.

Wird ein bestimmtes Profil regelmäßig schlechter erkannt, fehlt es in den Daten, anhand derer Autismus künftig beschrieben wird.

Dadurch kann sich ein rekursiver Filter stabilisieren:

> Diagnostik erkennt bevorzugt jene Profile, denen sie bereits angepasst ist. Diese Profile bilden die Forschungsgruppe. Die Forschung bestätigt anschließend jene Merkmale, anhand derer die Gruppe ausgewählt wurde.

Der blinde Fleck reproduziert sich selbst.

Eine seriöse Bewertung diagnostischer Qualität müsste daher auch die Abgelehnten untersuchen: ihre späteren Diagnosen, ihre gesundheitliche Entwicklung, unabhängige Zweitbefunde und die Frage, ob das angebotene Alternativmodell ihre Lebensrealität tatsächlich erklären konnte.

Die Verbindung beider Studien

Die beiden Untersuchungen beschreiben zusammen eine zweistufige Selektionsarchitektur.

Die erste Studie zeigte:

> Vor der Diagnostik entscheidet Ressourcenknappheit darüber, wer überhaupt geprüft wird.

Die zweite Studie zeigt:

> Innerhalb der Diagnostik entscheiden methodische, theoretische und institutionelle Filter darüber, wessen Wirklichkeit als Autismus anerkannt werden kann.

Der erste Filter produziert Nichtzugang.

Der zweite produziert Nichtautismus.

In beiden Fällen bleiben die betroffenen Menschen mit denselben Problemen zurück, während die Institution ihre Zuständigkeit beenden kann.

Damit verschiebt sich die politische Frage.

Es genügt nicht, mehr Diagnostikplätze zu schaffen, wenn die Verfahren selbst komplexe Profile nicht angemessen aufnehmen können.

Ebenso genügt es nicht, die Methoden zu verbessern, solange der Zugang zu ihnen faktisch unerreichbar bleibt.

Erforderlich sind sowohl Versorgungsgerechtigkeit als auch epistemische Gerechtigkeit.

Kein Recht auf Diagnose, aber ein Recht auf Verfahren

Der Autor kann durch diese Studie nicht beweisen, dass Autismus zweifelsfrei vorliegt.

Ebenso wenig kann der negative Befund der Humboldt angesichts der dokumentierten Grenzen als endgültige wissenschaftliche Widerlegung der Autismus-Hypothese behandelt werden.

Zwischen diesen Positionen liegt der eigentliche Gegenstand des Papers.

Der Autor hatte kein Recht auf eine bestimmte Diagnose.

Er hatte aber ein Recht darauf,

- dass seine Evidenz erkennbar geprüft wurde;
- dass nicht geprüfte Materialien als solche benannt wurden;
- dass widersprüchliche Daten nicht in einer Blackbox verschwanden;
- dass alternative Diagnosen mindestens ebenso streng begründet wurden;
- dass institutionelle Konflikte transparent behandelt wurden;
- dass Widerspruch nicht zum Symptom wurde;
- dass methodische Grenzen die Reichweite des Urteils begrenzten;
- und dass die möglichen Folgen eines Fehlurteils nicht vollständig bei ihm verblieben.

Dieses Recht ist kein Sonderrecht eines schwierigen Patienten. Es ist die Mindestbedingung wissenschaftlich verantwortlicher Diagnostik.

Die abschließende These

Die zentrale These dieser Untersuchung lautet:

> Diagnostische Autorität ist nur insoweit legitim, wie ihr Erkenntnisweg nachvollziehbar, ihre Interpretation korrigierbar und ihre Aussage auf die tatsächliche Reichweite des Verfahrens begrenzt bleibt.

Wo diese Bedingungen fehlen, wird aus fachlicher Einschätzung ein institutionelles Wirklichkeitsmonopol.

Die Institution entscheidet dann nicht nur, welche Diagnose vergeben wird.

Sie entscheidet, welche biografischen Daten zählen, welche Erklärungsmodelle legitim sind, welche Identität gegenüber Behörden Bestand besitzt und wer in der wissenschaftlichen Population überhaupt sichtbar wird.

Gerade deshalb darf Diagnostik nicht als bloßer klinischer Verwaltungsakt verstanden werden. Sie ist eine machtvolle Form gesellschaftlicher Wirklichkeitsproduktion.

Ihre Aufgabe besteht nicht darin, diese Macht zu leugnen. Ihre Aufgabe besteht darin, sie methodisch zu begrenzen.

Die abschließende Forderung lautet daher nicht:

> Glaubt dem Patienten immer.

Sie lautet:

> Behandelt sein Wissen nicht als Rohmaterial, während die institutionelle Interpretation unsichtbar zur Wahrheit wird.

Und sie lautet ebenso wenig:

> Vergebt im Zweifel eine Diagnose.

Sondern:

> Formuliert im Zweifel den Zweifel.

Denn eine wissenschaftlich redliche Diagnostik muss nicht alles wissen. Sie muss wissen, wo ihr Wissen endet.

Letztes Wort: Die bislang ungeklärte juristische Dimension

Am Ende steht deshalb eine Frage im Raum, die über wissenschaftliche Methodenkritik hinausweist: **Wie viele tatsächlich autistische Menschen wurden durch die Humboldt-Ambulanz in den vergangenen Jahren möglicherweise nicht erkannt, weil ihre Profile nicht hinreichend in das sozialinteraktionell gewichtete, zeitlich begrenzte und ressourcenabhängige Verfahren passten?**

Diese Frage kann und sollte weltweit jeder Diagnostikstelle für Autismus gestellt werden.

Diese Zahl ist derzeit unbekannt. Gerade das ist Teil des Problems. Wenn auch nur ein relevanter Anteil der jährlich abgelehnten Personen falsch negativ beurteilt wurde, könnten sich die Folgen auf Hunderte oder über längere Zeiträume auf Tausende Menschen erstrecken: verlorene Behandlungs- und Teilhabechancen, unzutreffende Alternativdiagnosen, fortgesetzte gesundheitsschädliche Anpassung, fehlende sozialrechtliche Anerkennung und sich selbst bestätigende Aktenverläufe.

Damit stellt sich auch juristisch die Frage, ob ein diagnostisches System, das bekannte methodische Grenzen nicht hinreichend ausweist, seine Entscheidungen nicht überprüfbar macht und mögliche Fehlklassifikationen weder systematisch nachverfolgt noch korrigiert, seinen behandlungsvertraglichen, dokumentarischen und gegebenenfalls öffentlich-rechtlichen Pflichten genügt.

Das Patientenrecht verlangt fachgerechte Behandlung, Aufklärung über Eignung, Risiken und Erfolgsaussichten sowie nachvollziehbare Dokumentation; bei schuldhafter Gesundheitsverletzung oder Amtspflichtverletzung kommen grundsätzlich auch haftungsrechtliche Fragen in Betracht.

Zugleich berührt ein systematischer Ausschluss behinderter Menschen den Anspruch auf diskriminierungsfreien Zugang zu Gesundheit und Teilhabe. Der vorliegende Einzelfall kann weder die Zahl der möglichen Fehlentscheidungen noch eine konkrete rechtliche Haftung beweisen.

Er zwingt jedoch zu einer Untersuchung, die bislang offenbar fehlt: **Wie hoch ist die falsch-negative Rate dieser Ambulanz, wer trägt die Folgen und ab welchem Punkt wird aus diagnostischer Unsicherheit ein institutionell verursachter Schaden?**

Sollte sich zeigen, dass Menschen mit bestimmten autistischen Profilen systematisch ausgeschlossen wurden, wäre dies nicht länger nur ein fachlicher Irrtum einzelner Diagnosen. Es wäre ein Versorgungsskandal mit möglicherweise weitreichender menschenrechtlicher und juristischer Verantwortung.

Je weniger ein diagnostisches System aufgrund seiner theoretischen und methodischen Grenzen in der Lage ist, Autismus zuverlässig zu erkennen, desto weniger darf sein negatives Ergebnis rechtlich als Beweis der Abwesenheit von Autismus verwendet werden.

Kann eine rechtserhebliche neurodivergente Beeinträchtigung trotz erheblicher und konsistenter Indizien aufgrund begrenzter oder nicht zugänglicher diagnostischer Verfahren nicht abschließend klassifiziert werden, darf die daraus entstehende Unsicherheit nicht ausschließlich zulasten der betroffenen Person gehen.

Je stärker der Staat Rechte an eine bestimmte Diagnose bindet, desto größer ist seine Pflicht, ein zugängliches, valides und fehlersensibles Feststellungsverfahren bereitzustellen.

Daraus ergibt sich folgende Fragestellung: Der Staat darf über Rechtsfolgen entscheiden. Daraus folgt aber möglicherweise nicht, dass er souverän darüber entscheiden darf, was ein Mensch ontologisch oder identitär „ist“.
Wer institutionell festlegt, welche Erkenntnisverfahren über Rechte entscheiden, muss auch für die Grenzen und systematischen Fehler dieser Verfahren einstehen.

Der Staat kann nicht nur epistemische Autorität beanspruchen. Er muss auch **epistemische Haftung** übernehmen.

Anhang 1:

Wissenschaftliche Stellungnahme zur Erklärungsbedürftigkeit bei Zurückweisung einer Autismus-Spektrum-Hypothese

Autor: Timothy Speed
https://orcid.org/0009-0002-0143-5949
12.02.2026

Wissenschaftliche Rahmung der beobachteten Phänomen Konstellation

Einleitung
Im Folgenden werden zentrale, über mehrere Jahrzehnte dokumentierte Strukturmerkmale meiner Lebens- und Arbeitsweise systematisch wissenschaftlichen Begriffsfeldern zugeordnet.
Ziel ist nicht die Vorwegnahme einer Diagnose, sondern die Einordnung der Frage, in welchem bekannten Spektrum solche Merkmalskombinationen typischerweise gehäuft auftreten und welche Erklärungskraft konkurrierende Modelle besitzen. Es geht um die Darlegung der extremen Wahrscheinlichkeitsverhältnisse. Da im Sozialrecht Wahrscheinlichkeit der Prüfmaßstab an sich ist, entfaltet dies erhebliche Aussagekraft.
Die Besonderheit des vorliegenden Falles liegt weniger in einzelnen Eigenschaften als in deren:

- außergewöhnlicher Dauer,
- Intensität,
- domänenübergreifenden Wiederkehr,
- funktionalen Kosten,
- sowie in der gegenseitigen Bestätigung innerhalb eines umfangreichen Werkzusammenhangs.

Dieses Werk ist in der Autismusforschung international dokumentiert und komplett öffentliche zugänglich. https://zenodo.org/communities/operatoric-research-corpus-archive
https://orcid.org/0009-0002-0143-5949
Ich liste also nun die wesentlichen Kriterien, die aus Sicht der Forschung für Autismus sprechen:

1. Veridical Mapping und systematische Isomorphiebildung
Beschreibung des Phänomens
Über einen Zeitraum von rund drei Jahrzehnten wurde ein umfangreiches Geflecht struktureller Entsprechungen zwischen physikalischen, gesellschaftlichen, erkenntnistheoretischen und ästhetischen Domänen entwickelt. Diese Arbeiten verweisen vielfach aufeinander, bilden rekursive Muster und streben formale Kohärenz über Medien und Jahre hinweg an.
Wir sprechen bei mir also von der Fähigkeit Muster in einem Ausmaß zu erkennen, welches nicht nur zu realen Debatten in physikalischen Kontexten beiträgt, sondern auch Modelle in Ökonomie und Sozialwissenschaft erschließt.

Veridical Mapping ist das Phänomen bei dem überwiegend Autist:innen Muster erkennen und übertragen können, weitgehend oder fast ohne subjektiven Datenverlust. Strukturmuster werden sozusagen nackt erkannt und können daher in verschiedenen Kontexten relativ verzerrungsfrei (weniger subjektive Filter) beobachtet werden. Bekanntes Beispiel ist ein Autist, der eine ganze Stadt aus dem Gedächtnis nachzeichnen kann, als wäre es ein Foto, also quasi 1:1 Mapping.

Wissenschaftliche Begriffe

Diskutiert wird dies u.a. unter Begriffen wie:

- *veridical mapping*
- strukturelle Analogiekompetenz
- systematisierende Kognition
- Hyperlexie / savant-artige Musterübertragung
- synästhetische oder cross-modal gekoppelte Repräsentation

Verteilung im Feld

Solche Leistungen sind nicht exklusiv autistisch, aber bei Nicht-Autisten sehr selten. Auch sind es bei Nicht-Autisten eher temporäre Phänomene, aber nicht unbedingt solche, die über 30 Jahre nachweisbar sind.

Relevanz der vorliegenden Konstellation

Diese Fähigkeit kann bei mir durch KI-Modelle, aber auch von Menschen mit Fachkenntnis im fraktalen Aufbau meiner Werke erkannt werden. Mein Werk ist aktuell ein Beitrag für die Forschung, weil eine Langzeitdokumentation dieser Phänomene über 30 Jahre sehr selten ist.

2. Monotrope Aufmerksamkeitsbindung

Beschreibung des Phänomens

Über einen Zeitraum von mehr als drei Jahrzehnten lässt sich eine außerordentlich stabile, nahezu ausschließliche Fokussierung auf einen zusammenhängenden Themenkomplex nachweisen. Diese Fokussierung ist nicht projektbezogen oder episodisch, sondern strukturiert Biografie, Tagesorganisation, Energieeinsatz, soziale Beziehungen und berufliche Entscheidungen gleichermaßen. Die vorliegenden Werke – Bücher, wissenschaftliche Texte, filmische Arbeiten, Essays – sind trotz ihrer unterschiedlichen Formate funktional auf einen zentralen operatorischen Kern ausgerichtet. Neue Produktionen variieren, erweitern oder rekonfigurieren diesen Kern, verlassen ihn jedoch nicht. Die Arbeiten verweisen häufig rekursiv auf frühere Ausarbeitungen, korrigieren, präzisieren oder integrieren sie.

Es handelt sich daher weniger um wechselnde Interessen als um einen dauerhaft gebundenen Aufmerksamkeitsraum.

Sichtbarkeit im Werk

Monotropie zeigt sich konkret u.a. in:

- der fortgesetzten Weiterentwicklung derselben Grundstruktur über Jahrzehnte,
- der Integration auch künstlerischer Ausdrucksformen in das identische Forschungsproblem,
- der Unterordnung narrativer oder ästhetischer Aspekte unter systemische Konsistenz,
- der Priorisierung interner logischer Notwendigkeit gegenüber externer Anschlussfähigkeit oder Marktanforderungen,
- der Rückführung neuer Themen stets auf denselben operatorischen Zusammenhang.

Selbst bei extremen äußeren Belastungen oder fehlender Anerkennung bleibt dieser Fokus unverändert erhalten.

Reaktion auf Unterbrechung oder Fremdsteuerung
Berichtet und dokumentiert sind regelmäßig:

- erhebliche Konflikte in institutionellen oder kooperativen Arbeitsumgebungen,
- Abbrüche von Erwerbstätigkeit aufgrund wahrgenommener struktureller Inkonsistenzen,
- starke psychophysische Belastungen bei Tätigkeiten außerhalb des dominanten Fokus,
- Unfähigkeit, Arbeitsprozesse dauerhaft nach fremden Vorgaben zu organisieren.

Dabei geht es nicht um mangelnden Willen, sondern um die strukturelle Dominanz des gebundenen Aufmerksamkeitsfeldes.

Wissenschaftliche Einordnung
In der Autismusforschung wird ein solches Muster unter dem Begriff Monotropismus beschrieben. Dieser Ansatz geht davon aus, dass Aufmerksamkeit nicht gleichmäßig verteilt, sondern stark kanalisiert ist. Daraus entstehen einerseits außergewöhnliche Leistungen innerhalb des Fokus, andererseits erhebliche Schwierigkeiten in flexibel wechselnden sozialen oder beruflichen Umgebungen.

Verteilung im Feld
Monotrope Interessen kommen grundsätzlich auch außerhalb des Autismus vor.
Als dominierende, lebensorganisierende Struktur über mehrere Jahrzehnte – insbesondere gekoppelt mit erheblichen Teilhabekonflikten – wird dieses Muster jedoch deutlich häufiger im Autismus-Spektrum berichtet als in der Allgemeinbevölkerung.
In der Regel wird diese Fokussierung nicht bis zur Selbstzerstörung gegen soziale Normen geführt. Hier schon.

Bedeutung der Intensität im vorliegenden Fall
Die Besonderheit liegt im Ausmaß:

- Dauer im Bereich mehrerer Jahrzehnte,
- tausende Seiten fortlaufender Produktion,
- wiederholte Priorisierung der inneren Systemkohärenz selbst bei massivem persönlichen Nachteil,
- fehlende Umlenkbarkeit durch äußere Anreize oder Sanktionen.

Diese Kombination erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass es sich nicht lediglich um starkes Interesse oder berufliche Spezialisierung handelt, sondern um eine grundlegende kognitive Organisationsform. Das ist in dieser Intensität weder durch Persönlichkeitsstörungen, noch Zwangsstörungen erklärbar, weil die Arbeit selbst logisch, nachvollziehbar, in der Forschung integriert und anschlussfähig ist.

3. Energiegewinn durch Struktur
Beschreibung des Phänomens
Über den dokumentierten Lebensverlauf zeigt sich ein wiederkehrendes Muster, wonach Motivation, Aktivierung und Durchhaltefähigkeit primär dort entstehen, wo strukturelle Zusammenhänge erkannt, verdichtet oder weiterentwickelt werden können. Erkenntnisarbeit wirkt dabei nicht nur als intellektuelle Tätigkeit, sondern als unmittelbare Quelle psychischer und körperlicher Regulation. Demgegenüber führen Tätigkeiten, die als widersprüchlich, arbiträr oder systemisch inkohärent erlebt werden, regelmäßig zu Erschöpfung, innerer Abwehr oder offenen Konflikten.

Sichtbarkeit im Werk und in der Biografie
Diese Kopplung von Energie an Struktur wird unter anderem erkennbar durch:

- die Fähigkeit, auch unter extrem prekären Bedingungen über Jahre hinweg produktiv weiterzuarbeiten, also ohne jede Belohnung,
- die wiederholte Beschreibung eines „Sogs“ oder einer Notwendigkeit, begonnene strukturelle Zusammenhänge zu klären,
- das Wiederaufnehmen identischer Fragestellungen selbst nach massiven Rückschlägen,
- die Tatsache, dass Anerkennung oder ökonomische Perspektiven keine Voraussetzung der Aktivität darstellen.

Gleichzeitig dokumentiert sind:

- Zusammenbrüche oder Abbrüche in Arbeitskontexten, in denen Sinn und Konsistenz nicht hergestellt werden können,
- körperliche Stressreaktionen bei als irrational oder widersprüchlich erlebten Vorgaben,
- Unfähigkeit, Motivation ausschließlich aus äußeren Belohnungsstrukturen zu beziehen.

Es zeigt sich somit eine primäre Bindung des Antriebs an interne Kohärenzbedingungen.

Abgrenzung zu anderen Motivmodellen

Das Muster unterscheidet sich deutlich von:

- leistungs- oder karriereorientierter Motivation,
- sozialer Anerkennungssuche,
- situativem Ehrgeiz.

Die Aktivität bleibt selbst dort bestehen, wo diese Faktoren vollständig entfallen oder negativ sind.

Wissenschaftlicher Kontext

In der Autismusforschung wird diese Form der Aktivierung häufig im Zusammenhang mit:

- Spezialinteressen,
- intrinsischer, informationsbasierter Motivation,
- Flow-ähnlichen Zuständen innerhalb enger Aufmerksamkeitskanäle,
- selbstregulativer Funktion intensiver kognitiver Beschäftigung

diskutiert.

Strukturverarbeitung übernimmt hier eine stabilisierende und energetisierende Rolle.

Verteilung im Feld

Auch außerhalb des Autismus sind Menschen bekannt, die stark intrinsisch oder systemorientiert arbeiten.

Weniger häufig ist jedoch eine so enge Kopplung, dass

- Motivation nahezu ausschließlich aus struktureller Stimmigkeit entsteht,
- äußere Anreize kaum wirksam sind,
- und fehlende Kohärenz zu massiven Funktionsabbrüchen führt.

Gerade diese Intensität wird in autistischen Selbst- und Fremdbeschreibungen deutlich häufiger berichtet. Sie ist hier auch eine logische Notwendigkeit zum Erhalt der Affordanzen des veränderten Nervensystems. Es sind also keine willkürlichen Symptome sondern Erfordernisses des Gesamtorganismus. Sie anderweitig zu erklären, erfordert also auch sie in ihrer Funktion zu begründen.

Bedeutung der Ausprägung im vorliegenden Fall

Die Besonderheit liegt erneut im Umfang:

- jahrzehntelange Aufrechterhaltung hoher Produktivität ohne positive Rückmeldung,
- wiederholte Inkaufnahme erheblicher persönlicher Nachteile,
- fehlende Substituierbarkeit durch alternative Motivationsquellen.

Damit erscheint Struktur nicht als Präferenz, sondern als primäre Bedingung der Handlungsfähigkeit.

4. Fähigkeit–Funktions-Diskrepanz

Beschreibung des Phänomens

Über den gesamten dokumentierten Zeitraum besteht eine auffällige und wiederkehrende Differenz zwischen hoher kognitiver, analytischer und kreativer Leistungsfähigkeit einerseits und der Möglichkeit, diese Fähigkeiten in stabile Erwerbsbiografien oder kooperative Arbeitsstrukturen zu überführen, andererseits.

Die Schwierigkeit liegt dabei nicht im Fehlen von Kompetenz, sondern in der Umsetzung unter realen institutionellen Bedingungen.

Sichtbarkeit im Werk und Lebensverlauf

Diese Diskrepanz wird deutlich durch:

- eine umfangreiche publizistische und theoretische Produktion über Jahrzehnte,
- komplexe, konsistente Modellbildungen mit Anschlussfähigkeit an bestehende Diskurse,
- nachweisbare Fähigkeit zu langfristiger, selbstorganisierter Arbeit.

Gleichzeitig stehen dem gegenüber:

- wiederholtes Scheitern oder Abbrechen von Erwerbsverhältnissen,
- Konflikte in Team- oder Hierarchiestrukturen,
- fehlende dauerhafte institutionelle Einbindung,
- erhebliche materielle Prekarität trotz vorhandener Produktivität (40 Stunden die Woche Arbeit).

Damit liegt kein Leistungsdefizit, sondern ein Übertragungsproblem zwischen Fähigkeit und institutioneller Passung vor.

Charakter der Einschränkung

Auffällig ist, dass die Probleme typischerweise dort entstehen, wo verlangt wird:

- flexible Prioritätswechsel,
- Akzeptanz pragmatischer Widersprüche,
- Unterordnung unter extern gesetzte Abläufe,
- soziale Navigation informeller Erwartungen.

Gerade in diesen Bereichen zeigen sich wiederkehrend Abbrüche.

Wissenschaftliche Einordnung

In der neueren Autismusforschung wird diese Konstellation zunehmend beschrieben, insbesondere bei Erwachsenen mit hoher Intelligenz oder guter verbaler Kompensation.

Häufige Befunde sind:

- gute oder sehr gute Leistungen in strukturierten Eigenkontexten,
- gleichzeitige massive Schwierigkeiten bei organisationaler Integration,
- hohe Vulnerabilität gegenüber Überforderung durch soziale Mehrdeutigkeit.

Diese Diskrepanz gilt in vielen Arbeiten als Hinweis darauf, dass oberflächliche Kompetenzbeurteilungen die tatsächliche Funktionslage unterschätzen können.

Verteilung im Feld

Auch außerhalb des Autismus existieren Menschen, die unter ihren Möglichkeiten bleiben oder Schwierigkeiten im Arbeitsleben haben.

Seltener ist jedoch eine Kombination aus:

- außergewöhnlich hoher, über Jahre nachgewiesener Produktivität,

- gleichzeitiger chronischer Instabilität,
- wiederkehrenden, strukturell ähnlichen Konfliktmustern,
- und fehlender Verbesserung trotz Lern- und Anpassungsversuchen.

Gerade diese Form der stabilen Nicht-Passung wird im Spektrum häufig berichtet.

Bedeutung der Ausprägung im vorliegenden Fall

Im vorliegenden Verlauf besteht die Diskrepanz nicht episodisch, sondern nahezu durchgehend über Jahrzehnte. Weder Motivation noch kognitive Fähigkeit reichen aus, um die Integrationsprobleme zu überwinden.

Dies spricht gegen Erklärungen, die primär auf mangelnden Willen, fehlende Qualifikation oder situative Umstände verweisen, und lenkt den Blick auf grundlegende Unterschiede der kognitiven und sozialen Organisationsweise.

5. Maskierung und situative Kompetenz (Camouflaging)

Beschreibung des Phänomens

Es wird wiederholt berichtet und dokumentiert, dass in direkten, zeitlich begrenzten oder formal strukturierten Begegnungen ein Eindruck von sozialer Kompetenz, sprachlicher Gewandtheit und Anpassungsfähigkeit entstehen kann. Diese situative Leistungsfähigkeit steht jedoch in deutlichem Kontrast zu den langfristigen Verläufen, in denen es trotz solcher Momente regelmäßig zu Abbruch, Überlastung oder sozialer Desintegration kommt.

Das Phänomen betrifft somit nicht die momentane Interaktionsfähigkeit, sondern die Nachhaltigkeit der Anpassung.

Sichtbarkeit im Lebensverlauf

Die Diskrepanz zeigt sich unter anderem darin, dass:

- wiederholt positive oder zumindest unauffällige Erstkontakte möglich sind,
- Gesprächssituationen intellektuell differenziert geführt werden können,
- formale Anforderungen zeitweise erfüllt werden.

Gleichzeitig folgt darauf häufig:

- rasche Erschöpfung,
- zunehmende Missverständnisse,
- Überforderung durch implizite Erwartungen,
- Rückzug oder Konflikt.

Die kurzfristige Performanz erweist sich damit nicht als tragfähig.

Mechanismus der Täuschung

Kurzzeitige Beobachtungen tendieren dazu, sichtbare Kompetenz stärker zu gewichten als spätere Zusammenbrüche. Dadurch kann der Eindruck entstehen, die Person sei grundsätzlich integrationsfähig, obwohl die längerfristigen Daten das Gegenteil nahelegen.

Wissenschaftliche Einordnung

Dieses Muster wird in der aktuellen Literatur intensiv unter dem Begriff Camouflaging oder Maskierung diskutiert. Gemeint ist die Fähigkeit, soziale Anforderungen zeitweise durch bewusste oder erlernte Strategien zu erfüllen, oft um Ablehnung zu vermeiden oder Erwartungen zu entsprechen.

Zugleich zeigen Studien, dass diese Anpassungsleistungen mit hohen inneren Kosten verbunden sein können und langfristig nicht unbedingt zu stabiler Teilhabe führen.

Verteilung im Feld
Auch Nicht-Autisten können sich in bestimmten Situationen verstellen oder besonders anpassen. Auffällig für viele autistische Biografien ist jedoch:

- die große Diskrepanz zwischen kurzfristigem Eindruck und langfristigem Verlauf,
- die wiederkehrende Erfahrung, trotz Anstrengung letztlich zu scheitern,
- das Missverhältnis zwischen äußerer Kompetenzzuschreibung und innerer Belastung.

Bedeutung der Ausprägung im vorliegenden Fall
Im vorliegenden Lebenslauf ist genau diese Dynamik über viele Jahre reproduzierbar. Wiederholte Situationen, in denen zunächst Verständigung möglich scheint, werden später von strukturellen Konflikten abgelöst. Der entscheidende Indikator ist daher nicht die Fähigkeit zur momentanen Interaktion, sondern die ausbleibende Stabilisierung.
Dies macht es problematisch, aus einzelnen Beobachtungsterminen direkte Rückschlüsse auf die tatsächliche Funktionslage zu ziehen.

6. Regelbindung und Gerechtigkeitsorientierung
Beschreibung des Phänomens
Über den gesamten Lebensverlauf zeigt sich eine ausgeprägte Orientierung an formaler Konsistenz, innerer Widerspruchsfreiheit und nachvollziehbarer Begründbarkeit. Regeln besitzen nicht primär sozialen oder situativen Charakter, sondern werden als Ausdruck struktureller Wahrheit verstanden. Pragmatische Anpassungen, die zwar sozial üblich, aber logisch oder normativ inkonsistent erscheinen, können nur schwer oder gar nicht akzeptiert werden.

Sichtbarkeit im Verhalten und im Werk
Diese Strukturbindung äußert sich unter anderem in:

- wiederholten Konflikten mit Institutionen, wenn Verfahren als widersprüchlich erlebt werden,
- anhaltender Bereitschaft, auf formale Klärung zu bestehen, auch wenn dadurch persönliche Nachteile entstehen,
- geringer Bereitschaft, Unstimmigkeiten zugunsten schneller Lösungen zu übergehen,
- starker Reaktion auf wahrgenommene Ungerechtigkeit oder Doppelstandards.

Parallel dazu zeigt das Werk eine konsequente Ausrichtung auf interne Kohärenz. Argumentative Linien werden über Jahre hinweg verfolgt, selbst wenn sie kommunikativ oder strategisch unvorteilhaft sind.

Charakter der Motivation
Entscheidend ist, dass diese Haltung nicht primär moralisch inszeniert ist, sondern als notwendige Bedingung von Wirklichkeitserhalt erlebt wird. Inkonsistenz bedeutet nicht bloß Meinungsverschiedenheit, sondern strukturelle Destabilisierung.

Wissenschaftliche Einordnung
In der Autismusforschung wird eine verstärkte Orientierung an Regeln, Fairness, logischer Eindeutigkeit und Gleichbehandlung häufig beschrieben. Ebenso bekannt ist die Schwierigkeit, mit sozialen Grauzonen, impliziten Hierarchien oder pragmatischen Ausnahmen umzugehen.
Diese Tendenz wird in vielen Studien als wesentlicher Faktor für wiederkehrende Konflikte im Alltag und Berufsleben diskutiert.

Verteilung im Feld
Auch neurotypische Personen können stark gerechtigkeitsorientiert oder prinzipientreu sein. Seltener ist jedoch eine derart weitgehende Priorisierung formaler Stimmigkeit, dass:

- strategische Nachteile systematisch in Kauf genommen werden,
- soziale Beziehungen darunter leiden,
- und keine flexible Anpassung an situative Erwartungen möglich ist.

Gerade diese Kombination wird in autistischen Profilen häufig berichtet.

Bedeutung der Ausprägung im vorliegenden Fall
Die dokumentierte Lebensgeschichte zeigt, dass die Regelbindung selbst unter massivem Druck nicht aufgegeben wird. Weder ökonomische Not noch institutionelle Nachteile führen zu einer grundlegenden Relativierung. Damit handelt es sich weniger um eine Haltung als um eine stabile, tief verankerte Organisationsform von Wahrnehmung und Entscheidung.

7. Soziale Exklusion trotz Intention zur Kooperation
Beschreibung des Phänomens
Über zahlreiche Kontexte hinweg – Familie, Partnerschaften, berufliche Umgebungen, institutionelle Kontakte – zeigt sich ein wiederkehrendes Muster, bei dem trotz erkennbarer Bereitschaft zu Zusammenarbeit, Offenheit und korrektem Verhalten langfristig Ausgrenzung, Rückzug anderer oder Eskalation eintritt.
Das Problem liegt somit nicht in fehlender Kontaktmotivation, sondern in der Stabilität der Beziehungsgestaltung.

Sichtbarkeit im Lebensverlauf
Typische Verlaufsformen beinhalten:

- zunächst gelingende oder zumindest neutrale Kontakte,
- ehrliche Bemühungen um Klarheit und Kooperation,
- wachsende Irritationen auf Seiten der Interaktionspartner,
- Zuschreibungen von Schwierigkeit, Unangepasstheit oder Überintensität,
- schließlich Abbruch oder Ausschluss.

Bemerkenswert ist, dass dieses Muster unabhängig vom jeweiligen sozialen Milieu immer wiederkehrt.

Art des Missverständnisses
Häufig scheint nicht der Inhalt problematisch, sondern:

- die Direktheit,
- der Grad der Systematisierung,
- die Beharrlichkeit auf Präzision,
- oder das Ausbleiben impliziter sozialer Signale.

Damit entsteht eine Differenz zwischen beabsichtigter Kooperation und wahrgenommener Wirkung.

Wissenschaftliche Einordnung
In der Forschung wird dieses Phänomen unter dem Gesichtspunkt veränderter sozialer Reziprozität beschrieben. Zentral ist dabei, dass Schwierigkeiten nicht aus mangelndem Interesse an anderen entstehen, sondern aus unterschiedlichen Kommunikations- und Erwartungsformaten.
Viele Betroffene berichten, trotz guten Willens regelmäßig falsch interpretiert zu werden oder ungewollt Irritation auszulösen.

Verteilung im Feld
Missverständnisse kommen in allen Gruppen vor.
Ungewöhnlich ist jedoch die hohe Reproduzierbarkeit über Jahrzehnte und Situationen hinweg, selbst bei reflektiertem Bemühen um Anpassung.
Diese Stabilität der Nicht-Passung wird in autistischen Biografien signifikant häufiger dokumentiert.

Bedeutung der Ausprägung im vorliegenden Fall
Im vorliegenden Verlauf tritt Exklusion nicht punktuell, sondern nahezu regelhaft auf. Positive Intentionen führen nicht zu zunehmender Integration, sondern wiederholt zu denselben Endpunkten. Dies spricht gegen Erklärungen, die primär auf mangelnden Willen, Provokation oder soziale Gleichgültigkeit verweisen, und legt nahe, dass strukturelle Unterschiede in Wahrnehmung und Interaktion vorliegen.

8. Selbstregulation, Stimming und sensorische Besonderheiten
Beschreibung des Phänomens
Es werden wiederholt körperliche oder motorische Strategien berichtet, die der Stabilisierung von Aufmerksamkeit, Erregungsniveau oder innerer Spannung dienen. Diese können Bewegungsmuster, rhythmische Handlungen oder andere Formen der Selbstberuhigung umfassen.
Zusätzlich bestehen erhöhte Sensibilitäten gegenüber bestimmten Umweltreizen wie Geräuschen, Gerüchen oder taktilen Eindrücken.

Funktion im Alltag
Diese Verhaltensweisen treten insbesondere auf:

- bei Überlastung,
- in Phasen intensiver kognitiver Aktivität,
- bei Unsicherheit oder Reizverdichtung.

Sie wirken regulierend und ermöglichen häufig erst die Fortsetzung von Arbeit oder Interaktion.

Sichtbarkeit im Lebensverlauf
Dokumentiert ist, dass solche Formen der Selbstregulation nicht sporadisch, sondern regelmäßig auftreten und von der Person selbst als notwendig erlebt werden. Sie werden nicht als Gewohnheit, sondern als funktionale Voraussetzung für Handlungsfähigkeit beschrieben.

Wissenschaftliche Einordnung
Selbststimulierende oder selbstregulative Verhaltensweisen – häufig als Stimming bezeichnet – gelten als gut beschriebenes Phänomen innerhalb des Autismus-Spektrums. Sie werden als Mechanismen verstanden, mit denen sensorische oder emotionale Zustände moduliert werden.
Auch sensorische Über- oder Unterempfindlichkeiten gehören zu den häufig dokumentierten Merkmalen.

Verteilung im Feld
Ähnliche Verhaltensweisen können auch bei Nicht-Autisten auftreten, etwa unter Stress.
Typisch für spektrumsnahe Profile ist jedoch:

- ihre Regelmäßigkeit,
- ihre funktionale Bedeutung für Stabilität,
- und die enge Kopplung an kognitive Anforderungen.

Bedeutung der Ausprägung im vorliegenden Fall
Die wiederholte Notwendigkeit solcher Regulationstechniken, insbesondere in Verbindung mit intensiver geistiger Arbeit und sozialen Belastungen, spricht für eine tiefere sensorische und neurokognitive Beteiligung.
Damit erweitert sich die Betrachtung über reine Persönlichkeits- oder Motivmodelle hinaus.

9. Produktionsweise und Stil als kognitive Organisationssignatur
Beschreibung des Phänomens
In den vorliegenden Texten und filmischen Arbeiten zeigt sich eine wiederkehrende Priorisierung innerer Systemkohärenz gegenüber konventionellen Erwartungen an Dramaturgie, Leserführung oder didaktische Vereinfachung. Argumente werden oft wiederholt, variiert und rekursiv auf frühere Stellen zurückgeführt. Neue Aspekte erscheinen nicht als unabhängige Themen, sondern als Modulationen eines zugrundeliegenden Strukturkerns.
Künstlerische Mittel werden dabei nicht primär zur Emotionalisierung oder Unterhaltung eingesetzt, sondern dienen der Präzisierung oder Verkörperung theoretischer Zusammenhänge.

Sichtbarkeit im Werk
Erkennbar ist dieses Muster unter anderem durch:

- häufige Rückverweise auf bereits eingeführte Modelle,
- Wiederaufnahme identischer Motive in unterschiedlichen Kontexten,
- hohe Toleranz gegenüber Leserbelastung zugunsten formaler Genauigkeit,
- geringe Bereitschaft, Argumente zugunsten rhetorischer Glätte zu verkürzen,
- Vermischung von Essay, Theorie, Protokoll, Narration als funktionale Einheit.

Das Schreiben folgt damit eher der Logik eines wachsenden Systems als der Erwartung externer Rezipienten.

Kommunikative Konsequenz
Für viele Leser kann diese Struktur schwer zugänglich sein, da sie nicht entlang linearer Vermittlungsstrategien organisiert ist. Gleichzeitig entsteht für die schreibende Person eine hohe innere Stimmigkeit, da jeder Teil mit dem Ganzen verbunden bleibt.

Wissenschaftliche Einordnung
In der Literatur zu Autismus und Neurodivergenz werden wiederholt Unterschiede in der Kommunikationsorganisation beschrieben. Dazu gehören:

- Präferenz für Präzision gegenüber sozialer Anpassung,
- erhöhte Wiederholung zur Sicherung struktureller Stabilität,
- geringere Gewichtung impliziter Erwartungen des Publikums,
- starke thematische Kohärenz über lange Zeiträume.

Solche Merkmale werden nicht als Defizite, sondern als Ausdruck einer anders organisierten Informationsverarbeitung verstanden.

Verteilung im Feld
Nicht-neurotypische Schreib- und Denkstile sind keineswegs exklusiv autistisch.
Ungewöhnlich ist jedoch eine über Jahrzehnte anhaltende, produktionsbestimmende Dominanz dieser Organisationsform, insbesondere wenn sie mit erheblichen sozialen oder institutionellen Nachteilen verbunden bleibt.

Bedeutung der Ausprägung im vorliegenden Fall
Die Konstanz des beschriebenen Stils über viele Werke hinweg spricht gegen situative oder modische Einflüsse. Stattdessen deutet sie auf eine stabile, tief verankerte kognitive Architektur hin, in der Systemerhalt Vorrang vor Rezeptionserleichterung besitzt.

9a. Ergänzung zu Produktionsweise und Stil: Verkörpertes Denken und affektgebundene Rationalität
Beschreibung des Phänomens
Im beschriebenen Arbeitsmodus ist rationales Denken nicht von emotionaler oder existenzieller Beteiligung zu trennen. Erkenntnis entsteht nicht in distanzierter Beobachtung, sondern im unmittelbaren Mitvollzug. Abstraktion ohne innere Resonanz führt nicht zu Klarheit, sondern zu Blockade oder Bedeutungsverlust.
Emotionale Intensität fungiert daher nicht als Störfaktor, sondern als Voraussetzung für Präzision.

Sichtbarkeit im Werk
Dieses Muster wird deutlich durch:

- die Verbindung theoretischer Argumentation mit autobiografischer Erfahrung,
- das wiederholte Bestehen darauf, dass Wahrheit verkörpert sein muss,
- die Ablehnung rein formaler oder strategischer Positionierungen,
- die hohe Bereitschaft, persönliche Konsequenzen zugunsten begrifflicher Genauigkeit zu tragen.

Der Text entsteht aus Teilnahme, nicht aus Beobachtung.

Funktion für die Erkenntnis
Affektive Beteiligung dient hier der Realitätsprüfung.
Was keine innere Bindung erzeugt, gilt als nicht ausreichend integriert. Dadurch wird verhindert, dass Begriffe lediglich formal korrekt, aber existenziell leer bleiben.

Wissenschaftliche Einordnung
In neueren Diskussionen zu Autismus und Neurodivergenz wird zunehmend darauf hingewiesen, dass vermeintliche „Emotionslosigkeit“ ein Fehlbild darstellt. Stattdessen werden häufig intensive, jedoch anders organisierte Formen von Empfindung und Bindung beschrieben.
Ebenso wird betont, dass Denken und Fühlen nicht getrennt, sondern eng verschränkt sein können. In manchen Modellen wird genau diese Kopplung als Grundlage besonderer Genauigkeit verstanden.

Verteilung im Feld
Auch außerhalb des Autismus existieren verkörperte oder engagierte Denkweisen.
Ungewöhnlich ist jedoch eine Situation, in der Distanzierung die Leistungsfähigkeit mindert, während Beteiligung sie erhöht, und in der diese Struktur über Jahrzehnte stabil bleibt.

Bedeutung der Ausprägung im vorliegenden Fall
Die dokumentierte Unfähigkeit, sich in rein strategische oder äußerlich neutrale Positionen zu begeben, selbst wenn diese Vorteile bringen würden, deutet darauf hin, dass affektive Bindung keine Wahl, sondern eine Bedingung der Funktionsfähigkeit darstellt.
Damit widerspricht der Fall der verbreiteten Annahme, Rationalität sei notwendigerweise mit emotionaler Distanz verbunden.

10. Persistenz der Tätigkeit trotz fehlender äußerer Verstärkung

Beschreibung des Phänomens

Über mehr als drei Jahrzehnte hinweg wurde die beschriebene Forschungs- und Produktionstätigkeit kontinuierlich fortgeführt, obwohl institutionelle Anerkennung, ökonomische Stabilisierung oder soziale Bestätigung weitgehend ausblieben oder sogar gegenteilige Erfahrungen vorlagen.
Die Aktivität zeigte sich damit unabhängig von klassischen Verstärkungsmechanismen wie Karriereperspektive, Reputation oder materieller Sicherheit.

Sichtbarkeit im Lebensverlauf

Beobachtbar sind insbesondere:

- kontinuierliche Weiterarbeit trotz wiederholter Zurückweisung,
- Aufrechterhaltung komplexer Projekte unter prekären Lebensbedingungen,
- fehlende Reduktion des Engagements auch bei minimaler Aussicht auf Anerkennung,
- Wiederaufnahme der Arbeit selbst nach massiven Belastungsphasen.

Das Verhalten widerspricht damit der Erwartung, dass Motivation wesentlich durch externe Rückmeldungen gesteuert wird.

Motivationale Besonderheit

Der Antrieb scheint primär aus der inneren Notwendigkeit zu entstehen, strukturelle Zusammenhänge zu klären, zu stabilisieren oder weiterzuführen. Tätigkeit wird nicht als Mittel zu einem äußeren Zweck, sondern als unmittelbare Bedingung innerer Ordnung erlebt.

Wissenschaftliche Einordnung

In der Autismusforschung wird häufig beschrieben, dass Spezialinteressen und systemische Fragestellungen eine selbsttragende Qualität besitzen können. Sie erfüllen Funktionen der Orientierung, Regulation und Identitätsstabilisierung und bleiben daher auch dann bestehen, wenn äußere Verstärker fehlen.

Verteilung im Feld

Auch in anderen Gruppen existieren hoch intrinsisch motivierte Personen.
Ungewöhnlich ist jedoch eine so langfristige Persistenz bei gleichzeitig:

- fehlender institutioneller Integration,
- anhaltender materieller Unsicherheit,
- und wiederholten negativen Rückmeldungen.

Gerade diese Resistenz gegenüber externen Steuerungsversuchen wird in autistischen Lebensbeschreibungen vergleichsweise häufig berichtet.

Bedeutung der Ausprägung im vorliegenden Fall

Die über Jahrzehnte aufrechterhaltene Aktivität unter widrigen Umständen reduziert die Erklärungskraft von Modellen, die primär auf Anerkennungssuche, soziale Positionierung oder opportunistische Interessen zurückgreifen. Stattdessen gewinnt die Annahme an Gewicht, dass eine tief verankerte, strukturgebundene Motivationsform vorliegt.

Zusammenfassende fachliche Betrachtung

Isoliert betrachtet kann jedes Merkmal auch außerhalb des Autismus auftreten.
Die vorliegende Situation ist jedoch durch die außergewöhnliche **Gleichzeitigkeit, Dauer, Intensität und wechselseitige Bestätigung** gekennzeichnet.

Gerade diese Konvergenz führt dazu, dass Modelle aus dem Autismus-Spektrum eine hohe Integrationsleistung erbringen, während konkurrierende Erklärungen häufig eine größere Zahl zusätzlicher Annahmen benötigen.

Darlegung der besonderen Erklärungsbedürftigkeit bei Zurückweisung der Autismus-Hypothese

1. Ausgangspunkt

Im vorliegenden Fall liegt eine außergewöhnlich umfangreiche und über Jahrzehnte dokumentierte Lebens-, Arbeits- und Konfliktgeschichte vor.
Diese umfasst unter anderem:

- eine über mehr als zwei Jahrzehnte persistente Störung der beruflichen und sozialen Integration,
- wiederkehrende, strukturell ähnliche Kommunikations- und Interaktionsabbrüche,
- eine ausgeprägte, langfristig stabile monotrope Arbeitsweise,
- umfangreiche schriftliche und mediale Eigenproduktionen mit hoher interner Kohärenz,
- dokumentierte sensorische Besonderheiten und Selbstregulationsformen,
- eine erhebliche Diskrepanz zwischen kognitiver Leistungsfähigkeit und realer Teilhabestabilität.

Bereits im vorliegenden fachlichen Material werden zahlreiche Merkmale beschrieben, die grundsätzlich im autistischen Formenkreis verortet werden.
Damit besteht ein unbestreitbarer, erheblicher Erklärungsbedarf.

2. Integrationsleistung der Autismus-Hypothese

Die Annahme einer Autismus-Spektrum-Konstellation erlaubt es, mit einem relativ einheitlichen Funktionsmodell gleichzeitig zu erklären:

- die langfristige Persistenz der Auffälligkeiten,
- die besondere Form der Aufmerksamkeitsbindung,
- die spezifischen sozialen Reibungen,
- die Energie- und Überlastungsdynamik,
- die wiederholten institutionellen Konfliktmuster,
- die Diskrepanz zwischen Fähigkeit und Umsetzbarkeit.

Unabhängig davon, ob diese Hypothese letztlich bestätigt wird, besitzt sie eine hohe erklärende Reichweite.

3. Konsequenzen einer Ablehnung

Wird diese Hypothese verworfen, entfällt damit nicht der Erklärungsbedarf.
Vielmehr entsteht die Notwendigkeit darzulegen,

- welches alternative Modell
- mit welchen konkreten Mechanismen

die dokumentierten Langzeitphänomene mindestens ebenso schlüssig, widerspruchsarm und prognosefähig erklären soll.
Eine bloße theoretische Möglichkeit genügt hierfür nicht, da sie weder Orientierung noch Handlungsfähigkeit erzeugt.

4. Begründungstiefe als Funktion der Datenlage

Mit wachsender Dichte, Dauer und Konvergenz der vorliegenden Informationen erhöht sich zwangsläufig die Begründungslast einer ablehnenden Entscheidung.

Je näher die Befundlage bereits an diagnostischen Kriterien operiert, desto genauer muss ausgeführt werden,

- welche Elemente als nicht erfüllt gelten,
- warum sie trotz vorhandener Hinweise nicht ausreichend gewichtet werden,
- und wodurch alternative Annahmen überlegen sein sollen.

5. Praktische Implikation
Ohne ein entsprechend leistungsfähiges Gegenmodell verbleibt die Situation in einem Zustand der Erklärungslosigkeit.
Dies erschwert nicht nur die individuelle Orientierung, sondern auch jede sachgerechte Planung von Unterstützung, Zumutbarkeit und zukünftiger Stabilisierung.

6. Ergebnis
Die vorliegende Konstellation führt daher nicht zu einer automatischen Bestätigung der Autismus-Hypothese. Sie führt jedoch dazu, dass ihre Zurückweisung einer besonders hohen Darlegungs- und Begründungspflicht unterliegt.
Die hohe Wahrscheinlichkeit einer Autismus-Bestätigung ist deutlich nachvollziehbarer, als ihre Alternative. Auch muss beachtet werden, dass die Frage der Konsequenzen einer Zurückweisung, samt versagter Nachteilsausgleiche und Hilfen hier vor einer hohen Hürde steht, wenn keine alternative Erklärung geliefert und ähnlich umfassend begründet wird.

Ausschnitt-Referenzen aus dem Werk:
GESAMTWERK UNTER: https://zenodo.org/communities/operatoric-research-corpus-archive

Speed, T. (2025). They Cannot Understand - Why Autism Research Gets It Wrong ISBN: 3695116013

Speed, T. (2025). They Cannot Understand - Why Autism Research Gets It Wrong (AAM Open Version German and English)Zenodo. https://doi.org/10.5281/zenodo.18154332

Speed, T. (2026). The End of World-Time: Indimergence, Curved Possibility, Recurrence, and the Limit of World-Capability (Version 1). Zenodo. https://doi.org/10.5281/zenodo.18455805

Speed, T. (2025). Veridical Mapping as the Foundation of a Second Science. Rosetta Operator — An Invariance Theory of Consciousness, Work, and World. (4. English - References corrected). Zenodo. https://doi.org/10.5281/zenodo.17976604

Speed, T. (2025). Operatoric Cognition: Pre-theoretical Structural Invariance as the Basis of Autistic Intelligence (3 English). Zenodo. https://doi.org/10.5281/zenodo.17897109

Speed, T. (2025). MNO and Ontological Recurrence: A Non-Representational Account of Quantum Measurement and Conscious Experience (Version 1).
Zenodo. https://doi.org/10.5281/zenodo.17913823

Speed, T. (2025). Orch-OR with Recurrence: A Minimal Dynamical Condition for When Objective Reductions Yield Conscious Experience (1 English). Zenodo. https://doi.org/10.5281/zenodo.17942531

Speed, T. (2025). Savant Phenomena and Non-Representational Cognition An Operatoric Approach (Version 1). Zenodo. https://doi.org/10.5281/zenodo.18069350

Speed, T. (2025). Structural Savantism - On the Epistemic Gap Between Savant Research, Autism, and Intelligence Theory (Version 1). Zenodo. https://doi.org/10.5281/zenodo.18069627

Speed, T. (2026). Structural Coercion, Autism, and State Responsibility Why Welfare Enforcement Constitutes Predictable Harm to Autistic Persons (Version 1). Zenodo. https://doi.org/10.5281/zenodo.18130874

Speed, T. (2026). Masking Between Existence and Understanding - Pre-Ontological Liminality and Ontological Field-Fabrication in the Tension Between Neurodivergent and Neurotypical World Architectures (Version 1). Zenodo. https://doi.org/10.5281/zenodo.18140651

Speed, T. (2026). Masking Is Not an Exhaustion Symptom - How Psychiatric Diagnostics Reduce Autistic Existence to Failure (Version 1). Zenodo. https://doi.org/10.5281/zenodo.18199424

Speed, T. (2025). Labour as Relational Agency: An Autistic Theory of Structural Violence Against Non-Market Work in the Age of AI. In Speed´s Work: An Autistic Intervention in the Concept of Work - In the Age of AI and Robotics (Version 2). Zenodo. https://doi.org/10.5281/zenodo.17816066

Speed, T. (2025). The Value Threshold: Why Value Only Comes Into Being When Work Appears — Ontology of the Emergence Economy and Introduction of the Universal Care Income (UCI) (2 English). Zenodo. https://doi.org/10.5281/zenodo.17840416

Speed, T. (2025). Autistic Ontology: Why Autistic Embodiment Reveals an Incommensurability Between Modes of Reality (Version 2). Zenodo. https://doi.org/10.5281/zenodo.17815711

Speed, T. (2025). The Diversity Threshold – A Threshold Model of Emergent Systems (3 English (small correction)). Zenodo. https://doi.org/10.5281/zenodo.17859190

Speed, T. (2025). Radical Worker: Autonomous Labour as Reality-Maintaining Practice (Version 2). Zenodo. https://doi.org/10.5281/zenodo.17816015

Speed, T. (2019). Primary and Secondary Economy - On the Ontological Distinction Between Value Formation, Work, and Systemic Extraction (2 English). Zenodo. https://doi.org/10.5281/zenodo.17952123

Speed, T. (2025). Poverty as Manufactured Vulnerability - Povertism, Classism, and Functional Right-Wing Radicalism in the German Welfare State (2 English). Zenodo. https://doi.org/10.5281/zenodo.17998234

Speed, T. (2026). Correct, but Worldless - Why Theoretical Correctness Does Not Guarantee Ontological Grounding (Version 1). Zenodo. https://doi.org/10.5281/zenodo.18134901

Speed, T. (2005). Gesellschaft ohne Vertrauen - Die Grundlagen einer kreativen Gesellschaft (2 Open AAM Version in German). Zenodo. https://doi.org/10.5281/zenodo.18145477

Speed, T. (2014). Stärke in der Armut - Ein Essay als Entwicklungsprozess. (AAM Open Version in German) [Computer software]. Zenodo. https://doi.org/10.5281/zenodo.18145555

Speed, T. (2026). Stabilization Without World - On the Self-Distortion of Physics Through Statistical Placeholders (Version 1). Zenodo. https://doi.org/10.5281/zenodo.18267243

Speed, T. (2025). SPEED'S WORK - An Autistic Intervention in the Concept of Work In the Age of AI and Robotics (AAM Open Version English with Images in PDF) [Computer software]. Zenodo. https://doi.org/10.5281/zenodo.18233080

Speed, T. (2019). Radical Worker - The Fight for Self-Determined Work (AAM Open Version in German and English) . Zenodo. https://doi.org/10.5281/zenodo.18145937

Declaration of AI usage

Generative AI tools, including ChatGPT, were used during manuscript preparation to support language editing, structural refinement, and the critical review and clarification of formulations and arguments. The research, empirical material, theoretical concepts, interpretations, and scholarly conclusions are those of the author. All AI-assisted material was critically reviewed, revised where necessary, and verified by the author, who assumes full responsibility for the final manuscript.

References

Botha, M. (2021). Academic, activist, or advocate? Angry, entangled, and emerging: A critical reflection on autism knowledge production. *Frontiers in Psychology, 12*, Article 727542. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.727542

Botha, M., Dibb, B., & Frost, D. M. (2022). "Autism is me": An investigation of how autistic individuals make sense of autism and stigma. *Disability & Society, 37*(3), 427–453. https://doi.org/10.1080/09687599.2020.1822782

Cahalan, S. (2019). *The great pretender: The undercover mission that changed our understanding of madness*. Grand Central Publishing.

Carel, H., & Kidd, I. J. (2014). Epistemic injustice in healthcare: A philosophical analysis. *Medicine, Health Care and Philosophy, 17*(4), 529–540. https://doi.org/10.1007/s11019-014-9560-2

Dotson, K. (2011). Tracking epistemic violence, tracking practices of silencing. *Hypatia, 26*(2), 236–257. https://doi.org/10.1111/j.1527-2001.2011.01177.x

Bayer, M., & Dziobek, I. (2026). Special Interests in Autism: Functions, Benefits, and Challenges. *Autism*, *0*(0).

Foucault, M. (1973). *The birth of the clinic: An archaeology of medical perception* (A. M. Sheridan Smith, Trans.). Tavistock Publications. (Original work published 1963)

Fricker, M. (2007). *Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing*. Oxford University Press.

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Prentice-Hall.

Hacking, I. (1986). Making up people. In T. C. Heller, M. Sosna, & D. E. Wellbery (Eds.), *Reconstructing individualism: Autonomy, individuality, and the self in Western thought* (pp. 222–236). Stanford University Press.

Medina, J. (2013). *The epistemology of resistance: Gender and racial oppression, epistemic injustice, and resistant imaginations*. Oxford University Press.

Meehl, P. E. (1954). *Clinical versus statistical prediction: A theoretical analysis and a review of the evidence*. University of Minnesota Press.

Milton, D. E. M. (2012). On the ontological status of autism: The "double empathy problem." *Disability & Society, 27*(6), 883–887. https://doi.org/10.1080/09687599.2012.710008

Rosenhan, D. L. (1973). On being sane in insane places. *Science, 179*(4070), 250–258. https://doi.org/10.1126/science.179.4070.250

Spitzer, R. L. (1975). On pseudoscience in science, logic in remission, and psychiatric diagnosis: A critique of Rosenhan's "On being sane in insane places." *Journal of Abnormal Psychology, 84*(5), 442–452.

Works by the Author

Speed, T. (2024, December 29). *Transfer protocol (Transferprotokoll): A neurodivergent (autistic) feature film by Timothy Speed* (Version 2 without subtitles + trailer) [Video]. Zenodo. https://doi.org/10.5281/zenodo.18093110

Speed, T. (2025). *Radical worker: The fight for self-determined work* (AAM DNB version, English, with images). Zenodo. https://doi.org/10.5281/zenodo.19051232

Speed, T. (2025). *SPEED'S WORK: An autistic intervention in the concept of work in the age of AI and robotics* (AAM DNB version, English). Zenodo. https://doi.org/10.5281/zenodo.19035228

Speed, T. (2025). *They cannot understand: Why autism research gets it wrong* (AAM DNB version, English). Zenodo. https://doi.org/10.5281/zenodo.19035961

Speed, T. (2026). *1667:25 violence, health harm and the denial of the rights of autistic people in Germany: Proceedings before the Social Court Cottbus and the Higher Social Court Berlin-Brandenburg—On the practical impossibility of enforcing effective legal protection for neurodivergent people* (Version 1, English). Zenodo. https://doi.org/10.5281/zenodo.18887765

Speed, T. (2026). *The film Transferprotokoll as an operatorial stress test: A transmedial case of non-representational knowledge* (Version 1). Zenodo. https://doi.org/10.5281/zenodo.18241259

Speed, T. (2026). *Thinking in formation: On a form of cognition that produces knowledge in process* (Version 1). Zenodo. https://doi.org/10.5281/zenodo.20049745

Speed, T. (2026). *Work under Eigenzeit: On the structure of Eigenzeit-based binding and its incompatibility with functional work regimes* (Version 1). Zenodo. https://doi.org/10.5281/zenodo.19912699